

Maria de Lurdes Pereira Ramos

SEXUALIDADE NA DIVERSIDADE

**Atitudes de Pais e Técnicos face à Afectividade e Sexualidade da
Jovem com Deficiência Mental**

Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia
da Saúde, apresentada ao Instituto Superior
Miguel Torga de Coimbra e elaborada sob a
orientação do Professor Doutor Luís Soczka



Editor: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas
com Deficiência

Capa: Fotografia de Marta Costa

Local e data de edição: Lisboa, 2005

Colecção: Livros SNR N.º 22

ISBN: 972-9301-84-0

Depósito Legal: 222290/05

Fotocomposição e Impressão: Vigaprintes, Lda.

*"A sexualidade dos deficientes mentais combina os dois aspectos da vida humana que maior carga emocional encerram: **SEXO E DEFICIÊNCIA MENTAL**"*

Kempton (1983)

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram para a realização desta investigação, nomeadamente:

- Ao Prof. Doutor Luís Soczka, pelo seu saber e disponibilidade para a orientação desta dissertação.
- Ao Prof. Doutor Carlos Amaral Dias, pelo seu apoio institucional, no âmbito do Mestrado em Sociopsicologia da Saúde.
- Ao Dr. Adriano Neto, pelo seu encorajamento e colaboração prestada no tratamento estatístico dos dados.
- Ao Dr. João Claro, pela excepcional receptividade que manifestou em colaborar neste projecto, sendo notório o seu empenhamento e sensibilidade na experiência desenvolvida junto das pessoas com deficiência, particularmente na instituição que dirige.
- A todos os pais e técnicos, que se disponibilizaram para dar os seus testemunhos, contributos essenciais para a concretização dos objectivos deste trabalho.
- A todos aqueles que, de uma forma directa ou indirecta, contribuíram, para levar a cabo esta investigação.
- À minha família, pelo exemplo que me deram de coragem e de luta, que constitui para mim uma referência permanente.

ÍNDICE

Introdução.....	9
I PARTE - Enquadramento Teórico.....	13
CAPÍTULO I - Deficiência Mental.....	15
1 - Evolução do conceito de Deficiência Mental.....	15
2 - Etiologia da Deficiência Mental.....	22
3 - O novo paradigma da Deficiência Mental.....	26
3.1 - A definição de Deficiência Mental (AAMD, 1992).....	27
3.2 - O diagnóstico e a classificação da Deficiência Mental.....	30
4 - O novo sistema de classificação - C.I.F. (OMS, 2001).....	31
CAPÍTULO II - Afectividade e Sexualidade.....	35
1 - Desenvolvimento afectivo e sexual da criança.....	35
2 - Desenvolvimento afectivo e sexual na criança e no jovem com Deficiência Mental.....	39
3 - Evolução das concepções sobre a sexualidade na Deficiência Mental.....	43
4 - Sexualidade e educação sexual.....	46
4.1 - A educação sexual: um processo de controlo social.....	46
4.2 - Os agentes de educação sexual.....	47
4.3 - As formas de educação sexual: a educação sexual implícita e explícita.....	48
4.4 - A importância do modelo de desenvolvimento pessoal.....	50
5 - Breve abordagem da educação sexual em Portugal.....	52
CAPÍTULO III - Atitudes.....	55
1 - Abordagem conceptual.....	55
2 - Atitudes face à Deficiência Mental.....	59
3 - Atitudes face à Sexualidade.....	64
4 - Atitudes face à afectividade e sexualidade do jovem com Deficiência Mental.....	66

4.1 - Atitudes dos pais.....	69
4.2 - Atitudes dos técnicos.....	74
II PARTE - Estudo Empírico.....	77
CAPÍTULO I Objectivos e Metodologia.....	79
1. Objectivos do estudo.....	79
2. Metodologia.....	80
2.1. Hipóteses.....	80
2.2. Caracterização dos grupos de estudo.....	81
2.3. Instrumentos utilizados.....	83
2.4. Procedimentos.....	85
CAPÍTULO II Apresentação dos Resultados.....	87
1. Dados sócio-demográficos.....	87
2. Análise de conteúdo.....	111
CAPÍTULO III - Análise e Discussão dos Resultados.....	127
Considerações finais.....	154
Bibliografia.....	162
ANEXOS	
ANEXO I - QUESTIONÁRIO "ATITUDES DOS PAIS FACE À AFECTIVIDADE E SEXUALIDADE DA JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL"	177
ANEXO II - QUESTIONÁRIO "ATITUDES DOS TÉCNICOS FACE À AFECTIVIDADE E SEXUALIDADE DA JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL"	187
ANEXO III - NOTAÇÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS (GRAFFAR ADAPTADO).....	197

RESUMO

O principal objectivo deste trabalho prende-se com uma investigação sobre as atitudes dos pais e dos técnicos relativamente à afectividade e sexualidade das suas filhas/jovens com deficiência mental.

Pretendemos, com este estudo, conhecer e compreender a posição dos pais e dos técnicos perante a afectividade e sexualidade das jovens com deficiência mental e verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos dois grupos de estudo, face a esta temática.

Pretende-se também verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos técnicos, tendo em conta a sua formação e a experiência profissional desenvolvida junto da população com deficiência mental.

Além do que foi referido, pretende-se ainda verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos pais, tendo em conta o sexo, a idade, a profissão e as habilitações dos mesmos, assim como o grau de deficiência mental das suas filhas.

Trata-se, por conseguinte, de um estudo comparativo.

O instrumento utilizado no estudo empírico foi o questionário, construído tendo por base alguns instrumentos utilizados anteriormente em estudos nesta área.

O questionário foi elaborado numa escala ordinal e nominal de medida de atitudes e é constituído por um conjunto de 25 afirmações, com sistema de resposta aberta e fechada. Para cada item existem cinco respostas possíveis: Discordo Totalmente, codificado com 1; Discordo, codificado com 2; Não concordo nem discordo, codificado com 3; Concordo, codificado com 4; Concordo Totalmente, codificado com 5.

Optamos por adicionar também questões abertas, com o objectivo de termos acesso a uma análise mais detalhada da atitude dos sujeitos, face às duas questões centrais do estudo, a afectividade e a sexualidade das suas filhas/jovens com deficiência.

As respostas fechadas foram analisadas de acordo com o programa informático "SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*)", utilizando testes estatísticos específicos, que nos pareceram adequados, quer à natureza das variáveis, como aos

objectivos pretendidos.

As respostas abertas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo.

Na análise estatística dos dados, depois de se ter procedido a uma análise intergrupar (comparação do grupo de pais, com o grupo de técnicos), efectuou-se uma análise intragrupal, com o intuito de verificarmos a influência das variáveis mencionadas, nas atitudes dos dois grupos de estudo.

A hipótese geral colocada, de que existiriam diferenças nas atitudes dos pais e dos técnicos face à afectividade e sexualidade das suas filhas/jovens com deficiência mental, foi confirmada. Existem, de facto, algumas diferenças significativas entre os dois grupos de estudo.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma função natural, existente em todos os indivíduos. Sendo o estudo da sexualidade humana uma tarefa complexa, mas aliciante, há quem afirme que escrever sobre sexualidade humana é quase tão difícil como escrever sobre a morte. É necessário coragem, honestidade e discernimento para abordagem desta temática.

A discussão do tema sexualidade na nossa cultura está envolta de preconceitos e discriminação. Quando o tema se reporta à sexualidade no indivíduo com deficiência mental, os preconceitos e discriminação intensificam-se e geram polémica quanto às diferentes formas de abordagem, quer com os próprios indivíduos com deficiência, como com as suas famílias e sociedade em geral.

A sexualidade na deficiência mental está carregada de conotações negativistas e preconceituosas (Pereira, 1997). De facto, a sexualidade das pessoas com deficiência está eivada de mitos e tabus, isto é, os estereótipos existentes sobre a sexualidade em geral aplicam-se à sexualidade das pessoas com deficiência, assumindo ainda, nestas, tonalidades mais negativas.

A visão do senso comum sobre a sexualidade desta população, sobretudo a que se manifesta ao nível da deficiência mental, inscreve-se também neste quadro nebuloso que necessita de ser clarificado, visando ultrapassar a sua classificação, quer como "anjos" (assexuados) quer como seres de impulsos perversos e incontroláveis (Felix e Marques, 1995).

A pessoa com deficiência é ainda encarada, pela sociedade, como um ser assexuado, sem direito à sua realização afectiva e sexual, pelo facto de não conseguir a sua autonomia e independência económica. Constituindo um factor de inadaptação social, a sexualidade da jovem com deficiência mental torna-se objecto de diferentes reacções numa sociedade pouco sensibilizada para questões relacionadas com um tema envolto em polémica, mitos, crenças e preconceitos.

Numa época em que o sistema de ensino em Portugal dá os primeiros passos na introdução de temas de educação sexual em programas curriculares, seria pertinente que os jovens com deficiência pudessem beneficiar de uma experiência similar e adequada às suas necessidades. A desejada integração só será pos-

sível quando esses jovens dominarem e explorarem as suas potencialidades físicas, psico-afectivas e sociais, incluindo, necessariamente, as que se relacionam com a sua sexualidade.

Para tal, haverá necessidade de conhecer as atitudes da comunidade directamente implicada na deficiência (famílias, técnicos e pessoas com deficiência), perspectivando o grau de abertura e os moldes possíveis para aplicação de um programa de educação sexual específico para jovens com deficiência. É neste contexto que surge o nosso estudo, o qual deverá ser visto como um contributo para alcançar esses objectivos.

A experiência profissional que desenvolvemos, há alguns anos, na área da saúde, junto de jovens com deficiência e suas famílias, alertou-nos para as múltiplas dificuldades com que se debatem no dia-a-dia estas minorias. Pretendemos, assim, articular esta investigação com a prática profissional, de modo a contribuir para uma melhoria do nosso desempenho profissional e aumentar a qualidade da nossa intervenção junto desta população.

A escassez de estudos sobre esta temática e o carácter inovador desta pesquisa constituíram também factores de motivação para o desenvolvimento deste trabalho. Clarificar as atitudes dos técnicos e famílias face às vivências e manifestações afectivo-sexuais da jovem com deficiência mental e detectar factores e causas que limitam o desenvolvimento de uma sexualidade adequada, são os objectivos primordiais deste estudo.

Com este estudo, esperamos sensibilizar os profissionais que trabalham na área da deficiência e os pais para uma melhor compreensão e tolerância face à expressão afectivo-sexual da jovem com deficiência, visando um trabalho de prevenção e aconselhamento educacional ao nível da sexualidade dos indivíduos com deficiência.

Assim, o nosso trabalho constará de duas partes fundamentais: na primeira faremos uma abordagem teórica e um enquadramento conceptual do tema a analisar e na segunda apresentaremos a investigação de campo e as conclusões.

Para não se tornar extremamente exaustiva a nossa revisão teórica, pretendemos apenas abordar aspectos teóricos especificamente relacionados com o tema e as questões de investigação.

Assim, a primeira parte é constituída por três capítulos, sendo

o primeiro consagrado à questão da deficiência mental. Neste primeiro capítulo tentaremos apresentar uma operacionalização conceptual, iniciando com a evolução do conceito de deficiência mental, seguida de uma abordagem da sua etiologia e causas. Será também abordado o novo paradigma da deficiência mental e os novos sistemas de classificação e definição.

No segundo capítulo passamos a analisar a temática central do estudo - a afectividade e sexualidade - descrevendo as diversas etapas da evolução das ideias sobre a sexualidade dos indivíduos com deficiência mental. Será analisado ainda o desenvolvimento afectivo da criança e do jovem com deficiência mental. Seguidamente, tecemos algumas considerações sobre a sexualidade e a educação sexual, terminando por destacar algumas medidas legislativas sobre a educação sexual em Portugal.

No terceiro capítulo, abordamos a noção de atitude, seguida da análise das atitudes de pais e técnicos face à afectividade e sexualidade do jovem com deficiência mental. Esta análise será complementada com alguns estudos significativos sobre esta temática.

A segunda parte será dedicada ao estudo empírico. Integra toda a fundamentação e descrição do trabalho prático, bem como a apresentação e análise dos resultados. Tratando-se de um estudo comparativo, utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário elaborado sob a forma de escala de medida de atitudes aplicado às populações em estudo: técnicos e pais de jovens com deficiência mental. Seguidamente, discutem-se os resultados com base no enquadramento teórico, resultantes da revisão da literatura e provenientes da pesquisa de campo.

Para finalizar, apresentamos as principais conclusões do estudo, os limites e perspectivas de futuras pesquisas.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

DEFICIÊNCIA MENTAL

"A deficiência é uma de entre todas as possibilidades do ser humano, portanto deve ser considerada, mesmo se as suas causas e consequências se modificam, como um factor natural que nós mostramos e de que falamos do mesmo modo que o fazemos em relação a todas as outras potencialidades humanas."

(UNESCO, 1977, p. 14)

1 - EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

O conceito de deficiência mental é bastante variado e torna-se uma entidade clínica difícil de precisar, porque sofre a influência do meio no qual é estruturado. Tentando apreendê-lo, iniciaremos a nossa reflexão com uma referência ao modelo médico de doença que tem servido de base à definição da deficiência.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S) e a Classificação Internacional de Deficiência (I.C.D.) referem que no decurso de uma doença existe uma sucessão de circunstâncias causais (etiologia) que provocam alterações na estrutura ou funcionamento do corpo (patologia) e são exteriorizadas através de diversos tipos de manifestações (sintomas). Isto pode ser ilustrado pelo seguinte esquema:

Etiologia → Patologia → Manifestação

O modelo pressupõe, então, que a doença, ao provocar alterações no indivíduo, o torna incapaz de realizar plenamente as suas funções e obrigações. Isto é, o doente vê-se impossibilitado de *"desempenhar o seu papel social ou de manter o seu relacionamento habitual com os outros"* (O.M.S., 1989, p.17). Uma vez que o tratamento médico prevê o desaparecimento do sintoma, supõe-se que o doente, quando curado, retome as funções e desempenhos normais anteriores. E essa acção só é possível a partir de um conhecimento etiológico da doença.

Implicitamente, este modelo é válido para as perturbações que podem ser prevenidas ou curadas. No entanto, revela-se imperfeito, porque não toma em consideração as consequências da doença, principalmente no que concerne a perturbações crónicas e irreversíveis. Na verdade, as manifestações clínicas nem sempre podem ser curadas e, no caso de degenerarem em anomalias permanentes (deficiências), biológicas, físicas ou psicológicas, acabam por representar incapacidade *"em termos de rendimento funcional e de actividades desempenhadas pelo indivíduo"* (O.M.S., 1989, p.34). Assim, o esquema anterior deve ser reformulado para:

Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem

Este novo modelo esclarece o conceito de deficiência, e as distinções apresentadas permitem uma maior racionalização dos serviços disponíveis: médicos, de reabilitação, educacionais, de apoio social e de apoio institucional.

De acordo com a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidade e Desvantagens, *"deficiência representa no domínio da saúde qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica"* (O.M.S., 1989, p.35). A **deficiência** caracteriza-se, assim, por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e que incluem a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro ou outra estrutura do corpo, incluindo a função mental. Este estado representa a exteriorização de uma patologia que inclui situações inatas ou adquiridas e, em princípio, reflecte perturbações a nível do órgão.

Por **incapacidade** entende-se qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para realizar uma actividade dentro dos moldes considerados normais para o ser humano. As incapacidades podem surgir não apenas como consequência directa da deficiência, mas também como resposta do indivíduo, sobretudo psicológica, a deficiências físicas, sensitivas ou outras.

A **desvantagem** (ou *handicap*) traduz os prejuízos que o indivíduo experimenta devido à sua deficiência ou incapacidade. Subjacente a esta noção, a ideia de adaptação social e a desvan-

tagem só se constitui como condição face a outrém. Aplicando estas definições à situação específica de doença mental, verifica-se que:

Deficiência indica um funcionamento intelectual deficitário.

Incapacidade revela o comportamento resultante da deficiência mental. O indivíduo com deficiência tem dificuldades de orientação, de autonomia e de compreensão da realidade.

Desvantagem evidencia as dificuldades que o deficiente mental tem em se integrar socialmente.

Estes três conceitos baseiam-se na noção de desvio em relação à norma, pelo que quando falamos de uma pessoa com deficiência estamos, tendencialmente, a identificar um indivíduo que apresenta determinadas características que o colocam numa situação de desvantagem, em relação a outros, no exercício de determinada actividade. Esta identificação pressupõe um julgamento social do desempenho do indivíduo com deficiência mental acabando este por ser rotulado.

Em 1828, Esquirol apresentava uma definição que se identificava com estes critérios. Ele afirmava que o atraso mental¹ não era uma doença, mas uma condição na qual as dificuldades intelectuais nunca eram manifestadas ou desenvolvidas suficientemente para permitir à pessoa com atraso adquirir a quantidade de conhecimentos das pessoas da sua idade e colocadas nas mesmas circunstâncias (Szymansky, Crocker, 1989).

Como podemos constatar, Esquirol preocupa-se em caracterizar a deficiência mental em termos de desempenho de actividades numa comparação com outros elementos da sociedade.

Mais de um século depois, Zazzo (1969) apresenta uma noção de debilidade que se baseia nos mesmos critérios. Ele afirma que a debilidade deve ser considerada em relação às exigências da sociedade (que variam em relação ao tipo de sociedade e à idade do indivíduo), incluindo os determinantes biológicos (normais e patológicos) de efeito irreversível.

De acordo com estas perspectivas, ao indivíduo com deficiência é difícil competir, em condições iguais, com os companheiros normais, dentro do seu agrupamento social. A deficiência reflecte então, o grau em que a pessoa funciona abaixo das normas sociais e culturais num determinado tempo e lugar.

¹ O termo *idiota* é substituído por *atraso mental*

Por sua vez, Porteus e Della Volta (Zazzo, 1969), defendem também uma concepção de debilidade que faz apelo às noções de **incapacidade e desvantagem social e pessoal**. Para estes autores a debilidade é uma **insuficiência mental** que impede o sujeito de satisfazer as múltiplas exigências da vida individual e social e, conseqüentemente, prover a sua própria existência.

Todas estas definições têm subjacente um determinante biológico traduzido por uma incapacidade intelectual. Para Zazzo, por exemplo, existe uma classificação, ou melhor, uma categorização de diferentes espécies de debilidades segundo uma variação de critérios sociais e de determinantes biológicos. Os indivíduos com deficiência mental são pessoas limitadas em competências humanas e o grau de desempenho com que são julgados determina a classe onde são rotulados: ligeira, moderada, severa e profunda.

Este rótulo indica a presença de processos mentais inadequados cuja existência só pode ser inferida observando o comportamento impróprio do indivíduo em causa. Para isso é necessário realizar um diagnóstico baseado em critérios claros e objectivos que possibilitem ao sujeito com deficiência recorrer aos serviços mais adequados. Um diagnóstico de deficiência mental mal feito pode produzir efeitos negativos sobre o indivíduo, tais como segregação social, institucionalização, inadequados programas educacionais, falta de autonomia, ansiedade e stress pessoal e familiar. Enquanto que um diagnóstico bem determinado reduz a confusão e a ansiedade sobre a verdadeira condição do indivíduo, permitindo-lhe o acesso a serviços indispensáveis ao seu normal desenvolvimento.

Inicialmente o diagnóstico de atraso mental baseava-se na suposição clínica de um atraso funcional e de desenvolvimento, o que potenciava o reconhecimento da deficiência *"com um certo grau de severidade e que muitas vezes não era diferenciado de doença mental"* (Skymansk e Crocker, 1989, p.1729).

Os testes de inteligência desenvolvidos por Binet e Simon constituem um elemento fundamental da evolução de uma definição e diagnóstico do atraso mental. Só que esta escala, pioneira e inovadora para a altura, identificava apenas a diferença de desenvolvimento intelectual e não tinha em consideração outras circunstâncias.

Os testes foram elaborados para responder a critérios pedagógicos e não eram extensíveis à definição de um atraso em qualquer domínio ou, como diz Zazzo (1969), não previam a gravidade do atraso psicomotor que deve ser definido por um nível de eficiência e adaptação previsto para um grupo social. A experiência clínica veio confirmar esta ideia: os testes não são preditivos do funcionamento adaptativo, excepto para pessoas com um atraso significativo. Com efeito, muitos dos sujeitos com atraso médio têm desempenhos sociais equivalentes às pessoas sem deficiência assim que saem da escola.

Verificamos, pois, que à definição de deficiência mental foi adicionado um novo critério - o de adaptação social. E a Associação Americana de Deficiência Mental (A.A.M.D.)² desenvolveu a seguinte definição: *"atraso mental refere-se a um funcionamento intelectual geral abaixo da média que tem origem durante o período de desenvolvimento e associa-se a um prejuízo no comportamento adaptativo"* (Skymanski e Crocker, 1989, p. 1729).

Em 1973 a definição de AAMD foi revista por Grossman que definiu atraso mental como sendo um *"funcionamento intelectual significativamente abaixo da média e existindo concomitantemente com défices no comportamento adaptativo e manifestado durante o período de desenvolvimento"* (Grossman, 1983, p.11).

Numa primeira leitura as duas definições parecem semelhantes, mas um estudo mais atento revela uma evolução nos critérios. Assim, na primeira constata-se que a deficiência mental se traduz por um funcionamento geral abaixo da média, associado a danos no comportamento adaptativo. Na segunda, o funcionamento geral abaixo da média é considerado nas duas vertentes em simultâneo - comportamento intelectual e adaptativo. Para além disso, os parâmetros de avaliação são também alterados: para se ser diagnosticado como deficiente é necessário ter um Q.I. abaixo de 70, e o período etário considerado alarga-se até aos 18 anos.

Em 1977 a A.A.M.D. lança uma nova edição e apresenta uma escala para avaliar o comportamento adaptativo: a *Behavior Scale* (ABS). Em 1980 a Classificação Internacional das Doenças, nona revisão (ICD-9), considera igualmente a deficiência mental nos aspectos de avaliação de QI e comportamento adaptativo.

² Esta definição foi proposta por Rick Heber em 1959, mas foi actualizada em 1961.

No mesmo ano a *American Psychiatric Association* apresenta o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), revisto em 1986 (DSM-III-R) e que partilha a mesma definição da AAMD (esta associação publica a nova definição em 1983, igual à anterior) e utiliza os mesmos códigos de classificação do ICD-9. Contudo, afirma a não existência, até à data, de uma definição de critérios explícitos de diagnóstico, pelo que recomenda o recurso ao exame clínico.

Por sua vez, o DSM-IV (APA, 1994) conceptualiza a Deficiência Mental como uma desordem usualmente diagnosticada na infância e na adolescência e, que ao ter etiologias diversas, pode ser considerada como o resultado comum de vários processos patológicos que afectam o sistema nervoso central. Assim, a Deficiência Mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média (critério A), acompanhado por limitações significativas em, pelo menos, duas áreas do comportamento adaptativo - comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, relações pessoais e interpessoais, utilização dos recursos comunitários, autonomia pessoal, habilidades académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (critério B) e com início antes dos 18 anos de idade (critério C).

Existem algumas reservas relativamente ao diagnóstico, o que origina algumas limitações na escolha e selecção dos instrumentos de avaliação a utilizar. A escolha dos instrumentos de testagem e a interpretação dos resultados obtidos com esses instrumentos deverá ter em conta alguns factores potencialmente limitativos do desempenho individual durante a sua aplicação, tais como o nível sócio-cultural do indivíduo, as suas especificidades linguísticas, a presença de deficiências comunicativas associadas, etc. (APA, 1994).

Os critérios frequentemente aceites para definição da deficiência mental englobam:

- **Funcionamento intelectual geral**, que é avaliado pelo resultado obtido pelos testes de inteligência. É definido como deficiente mental o indivíduo que se situa significativamente abaixo da média, ou seja, que tem um Q.I. de 70 ou abaixo das medidas estandardizadas da inteligência consoante os testes utilizados.

- **Os défices no comportamento adaptativo**, que exprimem as limitações significativas da eficácia individual reflectidas na

maturação, aprendizagem e/ou ajustamento social (relacionadas com a idade e o nível cultural do indivíduo) e determinadas pela avaliação clínica e escalas estandardizadas. Para esta avaliação, o período de desenvolvimento considerado está compreendido entre a concepção e o 18º aniversário.

Para a definição e classificação da deficiência mental a A.A.M.D. sugere ainda a realização das seguintes avaliações:

- Reconhecimento da existência do problema, isto é do atraso de desenvolvimento;
- Determinação da existência de um défice no comportamento adaptativo;
- Recolha de uma medida de funcionamento intelectual geral;
- Definição da existência ou não de um atraso no funcionamento intelectual;
- Determinação do nível de deficiência com base na medida de funcionamento intelectual.

A classificação dos **níveis ou graus de deficiência mental** é o critério que reúne maior consenso entre a A.A.M.D., a D.S.M.-IV e a OMS e pode ser observada no Quadro 1:

Quadro 1
Classificação das deficiências mentais em função do QI

Categoria	Nível de QI
D.M. Ligeira	50-55 a aproximada/ 70
D.M. Moderada	35-40 a 50-55
D.M. Severa	20-25 a 35-40
D.M. Profunda	abaixo de 20-25
D.M. Não específica	pessoas não testáveis

A flutuação do QI em cada categoria relaciona-se com as variações do mesmo, como resultado da utilização de escalas diferentes. A classificação dos indivíduos numa determinada categoria deve ser feita considerando, igualmente, o valor do QI e da informação clínica. Deste modo, uma pessoa que apresenta um QI de 23 poderá ser classificada como deficiente mental severo ou profundo, consoante as informações clínicas complementares.

Outras definições têm sido apresentadas, contestando a própria definição de AAMD. Zigler postula a deficiência mental numa vertente pessoal (funcionamento cognitivo) e de características estáveis. Bijou valoriza os aspectos comportamentais. Mercer e Gold apresentam uma perspectiva mais sociológica, defendendo o primeiro a ideia de que a deficiência mental é um construto da sociedade em relação ao estatuto e papel desempenhado por cada um, e o segundo argumentando a noção de responsabilidade social da deficiência (Neves, 1995).

Como podemos constatar, a questão de definição da deficiência mental ainda não é conclusiva. Tem-se registado uma enorme evolução na sua objectivação e clarificação, nomeadamente através da adopção da mesma definição em quase toda a comunidade científica. De facto, a maior parte dos técnicos, investigadores e instituições utilizam a definição de AAMD porque promove uma uniformização de conceitos e facilita o entendimento.

2 - ETIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Apesar do desenvolvimento científico (ao nível da neurociência, genética e bioquímica) que tem acontecido nas últimas décadas, a etiologia da deficiência mental é de difícil descrição, já que esta se apresenta como um sintoma e não como uma entidade clínica bem definida (Andrada; Levy; Feijó, 1981).

É possível identificar, com algum rigor, a deficiência mental de um determinado indivíduo, através de exames e estudos de acompanhamento. No entanto, essa identificação é pontual, sendo muito complexa a sua generalização, uma vez que cada caso tem características próprias.

De acordo com Andrada (1991), o desenvolvimento da criança começa muito antes do nascimento e nele têm influência diversos factores que podem ser transmitidos pelos pais. Esses factores podem actuar durante a gravidez, parto ou período de puerpério, ou ainda resultarem de factores desfavoráveis do meio ambiente.

Se, nalguns casos, uma única causa é responsável pela deficiência, na maioria dos casos interferem múltiplos factores que actuam em conjunto, podendo, por vezes, um factor adverso condicionar outros (Andrada, 1991).

Neste sentido, a deficiência mental aparece muitas vezes associada a outro tipo de deficiência e pode ser consequência desta. Daí a importância de uma avaliação interdisciplinar em todos os aspectos do desenvolvimento e um exame neurológico, de modo a conseguir detectar possíveis problemas. Nesse desenvolvimento participam múltiplos factores, genéticos e ambientais, que podem estar relacionados e, portanto, ao analisarmos as causas da deficiência mental, temos que ter presente este complexo mecanismo (Andrada et al., 1981).

O estudo das causas da deficiência mental vem de longa data. Já em 1838, Esquirol refere causas locais e físicas: influências das águas e do ar, modo de vida da mãe, hereditariedade, dificuldade no parto, convulsões e infecções ("febre cerebral" ou meningite). Em 1846, Seguin dá também muito valor às causas orgânicas, lesões do sistema nervoso, resultantes de vários factores adversos tais como: comoções profundas durante a gravidez, abuso do álcool, pai idoso, etc. (cit. Zazzo, 1971; cit. Andrada et al., 1981).

Por sua vez, em 1905, Binet (cit. Zazzo, 1971; cit. Andrada et al., 1981) dá menos valor à etiologia da deficiência mental. O autor desenvolveu, sobretudo, o estudo da deficiência sob o ponto de vista psicológico, que levou à classificação dos diferentes graus de inteligência.

Mais tarde, e de acordo com vários autores (Knobloch e Pasamanick, 1962; cit. Bautista, 1997), constatou-se que a maior percentagem de deficiência mental se devia a factores biológicos, sociais e envolvimentoais, antes e depois do nascimento, constituindo as aberrações cromossómicas e genéticas apenas uma pequena parte. São as condições socioculturais e a qualidade de vida que, na ausência de lesão cerebral, deficiências hereditárias e lesões peri-natais, influenciam grandemente as funções psicobiológicas que participam na adaptação social.

Associado ao conceito e, principalmente, às causas da deficiência mental, aparece o conceito de inteligência. E, no desenvolvimento da inteligência, há vários factores que podem surgir relacionados e interdependentes, como por exemplo os genéticos e ambientais. Alterações de origem genética como: deficiências cromossómicas, malformações no SNC, mutações de um único

gene, entre outras; e factores ambientais como as drogas, infecções, toxinas, radiação, entre outros (Andrada et al., 1981).

De acordo com as autoras, as dificuldades inerentes ao processo dinâmico do desenvolvimento da inteligência e a falência da categorização dos níveis de inteligência através de um QI - processo falível -, tornam extremamente difícil, em muitos casos, estabelecer nitidamente uma relação de causa-efeito e definir, portanto, a etiologia específica da deficiência mental em cada caso.

No entanto, e embora existam poucos dados estatísticos sobre a etiologia da deficiência mental em Portugal, Bairrão (1981) refere as causas mais comuns da deficiência mental: Causas orgânicas ou disfunção; Alterações genéticas (ou cromossomáticas); Causas mesológicas (socioculturais); Causas de etiologia afectiva, psicopatológica grave ou devido a institucionalização precoce e/ou prolongada; Causas devidas à pobreza do património hereditário, também designadas "culturais- familiares" pelos autores anglo-saxónicos; Causas desconhecidas e de etiologia mista.

Também a Associação Americana de Deficiência Mental identificou nove disposições principais como agentes causadores da deficiência mental (Grossman, 1973; cit. Bairrão, J., 1981): 1) Infecção e intoxicação; 2) Trauma ou agente físico; 3) Metabolismo ou nutrição; 4) Doença cerebral grave; 5) Influência pré-natal desconhecida; 6) Anomalia cromossómica; 7) Distúrbios de gestação; 8) Atraso decorrente de distúrbio psiquiátrico; 9) Influências ambientais.

Por sua vez, Bautista (1997), refere que a etiologia da Deficiência Mental é muito diversa podendo, no entanto, ser classificada da seguinte forma:

A - Factores Genéticos

Estes factores actuam antes da gestação; a origem da deficiência é determinada pelos genes ou herança genética. São factores de tipo endógeno, ou seja, actuam no interior do próprio ser. Existem dois tipos de causas genéticas conhecidas: as Genopatias (alterações genéticas) e as Cromossomopatias (síndromes devidos a anomalias ou alterações nos cromossomas).

B - Factores Extrínsecos

- Factores pré-natais: são factores que actuam antes do nascimento e podem classificar-se da seguinte forma:

- 1) Embriopatias (actuam durante os três primeiros meses de gestação);
- 2) Fetopatias (actuam a partir do primeiro mês de gestação).

Dentro dos factores que actuam sobre o embrião ou sobre o feto, originando deficiência mental, para além de outras deficiências, podem destacar-se os seguintes: Infecções, Endocrinometabolopatias, Intoxicações, Radiações e Perturbações Psíquicas.

- Factores perinatais e neonatais: são factores que actuam durante o momento do parto ou no recém-nascido e é importante destacar os seguintes: Prematuridade, Metabolopatias, Síndrome de Sofrimento Cerebral, Infecções e Incompatibilidade RH.

- Factores pós-natais: são factores que actuam após o nascimento, tais como: Infecções, Endocrinometabolopatias, Convulsões, Anoxia, Intoxicações, Traumatismos Crânio-Encefálicos e Factores Ambientais.

Outra causa a que muitos investigadores fazem referência é ao meio socio-cultural em que a criança se desenvolve, já que é um facto constatado que aparecem maiores dificuldades cognitivas, afectivas e emocionais, em indivíduos pertencentes a meios sociais mais pobres (Díaz e Resa; cit. Bautista, 1997).

Segundo Andrada (1991), os factores socio-económicos desfavoráveis favorecem o aparecimento da deficiência mental, facto este que tem sido comprovado em diversos estudos (Slone; Durrheim; Lachman; Kaminer, 1998).

Grossman (1973; cit. Marques, 1998) considera que 75% das deficiências mentais ligeiras se encontram em indivíduos pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas.

Mayor e González (1987; cit. Díaz e Resa; in Bautista, 1997) sustentam a posição de Grossman, afirmando que a classe social é uma das variáveis mais relacionadas com o QI, entendendo-se que isso acontece porque os indivíduos que se desenvolvem em ambientes desfavorecidos sofrem uma carência nas capacidades

que lhes permitem potencializar as suas aprendizagens e desenvolvimento cognitivo.

Andrada (1981), refere que não existem quaisquer dúvidas de que uma série de influências nocivas do meio ambiente podem afectar o desenvolvimento das estruturas cerebrais e, conseqüentemente, originar deficiência mental e/ ou outras deficiências.

3 - O NOVO PARADIGMA DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Com os recentes avanços científicos, principalmente na área da genética, da biologia e das neurociências e com o surgir dos movimentos humanitários em prol dos direitos humanos assiste-se a uma mudança na forma de conceber e classificar a deficiência. Porém, um dos problemas que se mantém na literatura é a dificuldade de uma definição conceptual da deficiência mental, ou seja a dificuldade de uma definição conceptual da inteligência com todas as consequências ao nível dos direitos de assistência, da escolarização, da socialização e integração profissional das pessoas com deficiência mental (Zigler, Balla & Hodapp, 1984).

Contudo, apesar da evolução positiva que o conceito tem sofrido, os critérios da sua definição permanecem discutíveis pelas implicações determinantes do carácter estigmatizante das classificações por níveis de dificuldade (ligeiro, moderado, severo, profundo) (Morato *et al.*, 1997). As modificações que se têm operado reflectem o esforço que se tem verificado nesta área para que se aumente a compreensão da condição de Deficiência Mental e para implementar uma terminologia, classificação e sistemas de apoio mais precisos e mais facilmente aplicáveis.

Continua, pois, a existir o problema de encontrar uma definição multidimensional e integrativa da Deficiência Mental. A definição de Deficiência Mental encontra-se num "*período de transição*". Surge, então, a nova definição de Deficiência Mental elaborada pela AAMD (1992) que altera radicalmente o modo de conceptualizar e de reabilitar a pessoa com deficiência mental.

A nova definição centra-se nos apoios necessários em vez de procurar definir um nível de atraso mental derivado do Q.I.. A Deficiência Mental passa agora a ser entendida "não como uma característica inerente somente à própria pessoa com deficiência, mas como expressão do impacto funcional da interacção entre a

pessoa com limitações ou dificuldades intelectuais e adaptativas e o envolvimento onde se insere" (Morato *et al.*, 1997).

Esta nova definição representa uma mudança de paradigma, e como dizem os próprios autores da obra "o velho sistema de classificação terminou". Caracteriza-se por uma descrição do funcionamento actual do indivíduo e dos apoios ambientais necessários para melhorar esse funcionamento.

A nova classificação e definição de deficiência mental (AAMD) apresenta como mudança fundamental a alteração do quadro de referência, isto é, de uma classificação baseada somente numa característica expressa pelo indivíduo, para uma nova concepção, que considera as relações que o indivíduo com deficiência mental estabelece com o envolvimento, passando de uma perspectiva singular para uma perspectiva plural, embora essa pluralidade não seja inovadora *per se*. Esta mudança tem como crença fundamental que a aplicação adequada dos apoios necessários pode, efectivamente, melhorar as capacidades funcionais da pessoa com deficiência mental. A nova concepção baseia-se na perspectiva de que a escola deve assumir a responsabilidade dos objectivos educacionais, sendo para isso necessário formação não só, ao nível dos processos de avaliação como da tomada de decisão e da intervenção propriamente dita (Luckasson *et al.*, 1992).

3.1 - A definição de Deficiência Mental (AAMD, 1992)

Com a publicação da 9ª edição da AAMD (1992) assiste-se a uma verdadeira mudança de paradigma na área da deficiência.

"A Deficiência Mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actualmente presente. Caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações relacionadas em duas ou mais áreas de aptidões adaptativas: comunicação, autonomia pessoal, autonomia em casa, aptidões sociais, uso de recursos da comunidade, auto-direcção, saúde e segurança, académica funcional, lazer e ocupação/emprego. A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos" (Luckasson *et al.*, 1992, p.1).

Nesta perspectiva, a classificação da Deficiência Mental passa a ter, então, como base o nível de apoios necessários a uma vida o mais independente possível, com vista à promoção da autonomia e independência do indivíduo com deficiência mental. Esta mudança levanta algumas questões e encontra obstáculos, sobretudo, ao nível das mentalidades e estilos atribucionais, tornando necessária a clarificação das formas de classificação, diagnóstico e de intervenção. Acarreta, assim, duas grandes consequências: a primeira, prende-se com o facto das categorias referenciadas ao indivíduo não se basearem num único aspecto (porque são insuficientes) e a segunda, por ser necessário mais clareza na descrição das capacidades de adaptação e das respectivas limitações que influenciam a vida quotidiana, e que são determinantes na interacção entre o indivíduo e o meio (Morato *et al*, 1997).

A AAMD, ao conceptualizar desta forma a Deficiência Mental, realça quatro premissas essenciais à conceptualização e aplicação da definição de deficiência mental:

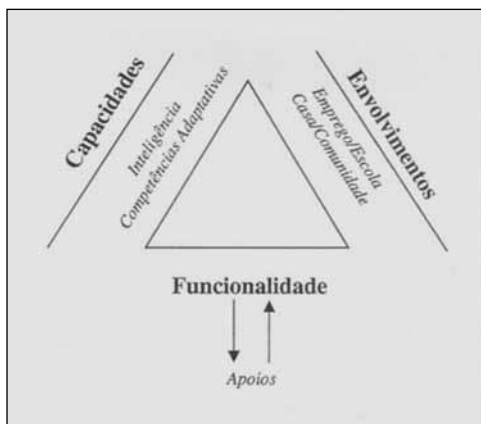
- 1) A avaliação adequada e rigorosa tem que considerar a diversidade linguístico-cultural, assim como as diferenças na comunicação e no comportamento;
- 2) A existência de limitações no comportamento adaptativo ocorre dentro do contexto dos ambientes da comunidade, típicos dos pares do indivíduo e é indexada às necessidades de apoio individuais;
- 3) As limitações adaptativas específicas coexistem muitas vezes com pontos fortes noutros comportamentos adaptativos ou outras capacidades pessoais (modelo funcional);
- 4) Com os apoios adequados e durante o tempo necessário, a funcionalidade do indivíduo com deficiência mental, de uma forma geral melhora (Luckasson *et al.*, 1992).

A Deficiência Mental é definida dentro do contexto dos meios nos quais o indivíduo vive; existe como incapacidade (limitações no funcionamento) e como resultado da interacção entre as limitações nas capacidades e as exigências do meio. Constitui um estado particular de funcionamento que se inicia na infância e se caracteriza, simultaneamente, por limitações na inteligência e nas aptidões adaptativas. Assim, a Deficiência Mental reflecte o ajust-

tamento entre as capacidades dos indivíduos e a estrutura e expectativas do seu meio envolvente (Luckasson *et al.*, 1992).

Embora o nível de funcionamento de um indivíduo com deficiência mental - elemento central na sua definição possa ter uma etiologia específica (como é o caso, por exemplo, da Trissomia 21) a etiologia não é uma condição determinante (fig. 1).

Figura 1
Estrutura geral da definição de deficiência mental (AAMD, 1992)



O modelo proposto (fig.1) ao colocar ao mesmo nível as capacidades e o meio/os envolvimento assume que o indivíduo com deficiência mental tanto pode ser afectado pelas suas capacidades ou características pessoais, como pelas características dos contextos sociais.

Daí que, se forem garantidos os apoios adequados e durante o período de tempo necessário, a grande maioria dos indivíduos com deficiência mental poderá incrementar o seu nível de funcionalidade e poderá mesmo conseguir uma melhor e maior produtividade, independência pessoal e integração social, aumentando assim a sua qualidade de vida (Schalock, 1990).

O modelo conceptual da nova definição de deficiência mental não é nem um modelo médico nem um modelo psicopatológico, mas sim um modelo funcional (Luckasson *et al.*, 1992). Esta nova definição, apesar de manter os aspectos fundamentais da versão de Grossman (1983), apresenta aspectos inovadores: corres-

pondência entre as limitações individuais e o seu nível específico de necessidades de suporte social.

3.2 - O diagnóstico e a classificação da Deficiência Mental

Morato *et al.* (1997) referem que o sistema de classificação proposto pela AAMD, como qualquer outro sistema de classificação, obedece a um conjunto de regras e características previamente definidas e formalmente determinadas, a que o indivíduo assinalado com deficiência mental deve corresponder. Este sistema difere significativamente do sistema anterior (Grossman, 1983) em três aspectos:

Primeiro, é usado no diagnóstico um único código de deficiência mental se a pessoa satisfizer os três critérios, ou seja, utiliza-se apenas um código para o diagnóstico baseado em três critérios cumulativos (idade de início, funcionamento intelectual abaixo da média e limitações em duas ou mais áreas do comportamento adaptativo);

Segundo, é usada uma abordagem multidimensional para a descrição das áreas fortes e fracas. Isto quer dizer que as características psicológicas e físicas da pessoa, as condições e os diferentes contextos que frequenta, a etiologia da sua condição deficitária, são aspectos importantes a ter em conta quando se avalia as áreas fortes (capacidades pessoais específicas a implementar) e as áreas fracas (limitações e dificuldades de maior ou menor gravidade);

Terceiro, é desenhado um perfil de apoios necessários quando são percorridas as quatro dimensões apontadas: funcionamento intelectual e competências adaptativas, características psicoemocionais, condições de saúde e bem-estar físico e características e qualidade dos contextos de vida, de formação ou de trabalho (Luckasson *et al.*, 1992; Alonso & Bermejo, 2001).

O sistema de classificação proposto pela AAMD (1992) baseia-se assim numa perspectiva multidisciplinar e tenta, não só descrever as alterações que o indivíduo vai manifestando ao longo do tempo nas suas respostas às actividades educativas e intervenções terapêuticas a que é submetido, mas também ampliar o conceito de Deficiência Mental e evitar a sobrevalorização do Q.I. como determinante do grau de atraso. Procura também relacionar

as necessidades do indivíduo com os apoios e os recursos necessários para aumentar o seu nível de independência/interdependência, de produtividade e de integração social (Luckasson *et al.*, 1992).

Assim, o diagnóstico de Deficiência Mental deverá incluir uma descrição global da pessoa, que considere para além da constatação da existência real da deficiência mental, outros aspectos: as suas características psicológicas e emocionais, as suas potencialidades e fragilidades na saúde e bem-estar físico, a caracterização das suas actuais condições de vida em casa, escola, emprego ou na comunidade; a identificação dos elementos dos diferentes contextos sociais que facilitam ou impedem o seu nível de funcionamento adaptativo, a identificação de contextos e sistemas de apoio que facilitem a sua autonomia pessoal, as relações interpessoais, a produtividade e a integração na comunidade; e que permita ainda a definição de um perfil de recursos de apoio a disponibilizar, de acordo com os factores acima referenciados.

Pelo exposto, o novo sistema de classificação da AAMD permite criar um sistema de fácil utilização, facilitando a elaboração do diagnóstico e a previsão de apoios necessários, o que contribui para importantes alterações nos sistemas de apoio e na reabilitação das pessoas com deficiência mental.

4 - O NOVO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO - C.I.F. (OMS, 2001)

O actual modelo de classificação e definição proposto pela AAMD (1992) suscitou a necessidade de encontrar novas metodologias de recolha de informação e o desenvolvimento de novos instrumentos que correspondam a essa mudança.

As classificações internacionais da OMS constituem um instrumento fundamental para a descrição e avaliação da saúde das populações ao nível internacional.

A revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), publicada inicialmente pela OMS em 1980, e sujeita a várias revisões posteriores, veio dar lugar, em 2001, a uma nova classificação - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O objectivo geral da nova classificação é fornecer uma linguagem unificada e padronizada, assim como um instrumento de trabalho para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns indicadores do bem estar relacionados com a saúde (OMS, 2004, p. 7).

Assim, a CIF abandonou a classificação de "consequências da doença" (contida na versão de 1980), para se tornar numa classificação de "componentes da saúde" (ibidem, p. 8).

Os domínios contidos na CIF são definidos em duas categorias: Funções e Estruturas do Corpo (e Deficiências) e Actividades e Participação. Como instrumento de classificação, articula os diferentes domínios do indivíduo com uma determinada condição de saúde.

A CIF também relaciona os factores contextuais, ambientais e pessoais que interagem com todos estes constructos.

Os factores contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida do indivíduo. Estes incluem dois componentes - Factores Ambientais e Factores Pessoais - que podem ter efeito num indivíduo com uma determinada condição de saúde e sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde do indivíduo.

A nova classificação também utiliza as **deficiências** como problemas das Funções e Estruturas do Corpo associados aos estados de saúde. As deficiências são classificadas nas categorias apropriadas, utilizando-se critérios de identificação definidos (presente ou ausente, de acordo com um valor limiar). Esses critérios são os mesmos para as Funções e Estruturas do Corpo: (a) perda ou ausência; (b) redução; (c) aumento; (d) desvio (OMS, 2004, p. 16).

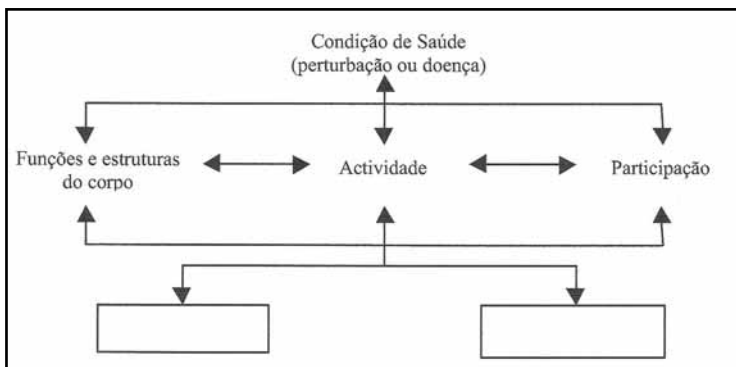
Nesta nova concepção, as deficiências não têm uma relação de causalidade com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram. A existência de uma deficiência implica necessariamente uma causa, mas esta pode não ser suficiente para explicar a deficiência daí resultante.

Introduziu também o conceito de **Funcionalidade**, que integra todas as Funções do Corpo, Actividades e Participação. A classificação das Funções e Estruturas do Corpo foi concebida para ser

utilizada conjuntamente com as categorias de Actividades e Participação.

O diagrama apresentado na Fig. 2 pode ser útil para a compreensão da interacção dos vários componentes.

Figura 2
Interacções entre os componentes da CIF (OMS, 2004)



Neste diagrama, a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interacção ou relação complexa entre a condição de saúde e os factores contextuais (i.e. factores ambientais e pessoais). Há uma interacção dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários elementos. Estas interacções são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interacção funciona em dois sentidos: a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde (OMS, 2004, p. 20).

Neste sentido, a classificação permite registar perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios.

A OMS reconhece que a terminologia utilizada na ICIDH poderia, apesar de todos os esforços, estigmatizar e rotular. Em resposta a esta preocupação, eliminou-se o conceito de "**handicap**" (desvantagem, limitação), devido às suas conotações negativas, para identificar os indivíduos com alguma limitação ou restrição funcional.

Igualmente o termo "**incapacidade**" passou a sofrer alterações na sua aplicação, deixando de ser utilizado apenas como componente, mas com um significado mais abrangente. O conceito de "**incapacidade**" inclui deficiências, limitações na actividade ou restrição na participação.

A nova classificação utiliza o conceito de "**incapacidade**" para designar um fenómeno multi-dimensional, que resulta da interacção entre as pessoas e o seu ambiente físico e social (OMS, 2004, p. 215).

Contrariamente às classificações internacionais da OMS utilizadas anteriormente, nomeadamente a ICD - 10 (Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão), esta classificação não classifica as pessoas, mas sim as "características de saúde" das pessoas, dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais. A interacção das características de saúde com os factores ambientais é que produz a "**incapacidade**".

Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações da actividade ou restrições na participação (ibidem, p. 215).

Para compreender a funcionalidade e incapacidade foram propostos vários modelos conceptuais expressos numa dialéctica de modelo médico "versus" modelo social.

O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado directamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica por profissionais.

Por outro lado, o modelo social de incapacidade, considera-a como um problema criado pela sociedade e como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo do indivíduo, mas sim um conjunto de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social (OMS, 2004, p. 22)

A CIF baseia-se na integração destes dois modelos. Para a integração das várias perspectivas de funcionalidade, é utilizada uma abordagem "biopsicossocial". Em síntese, procura fornecer uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social.

Naturalmente, esta nova visão tem influências a nível da prevenção, quer primária, como secundária ou terciária.

CAPÍTULO II

AFFECTIVIDADE E SEXUALIDADE

"A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental." (Miguel; Araújo; Fiadeiro, 1996).

1 - DESENVOLVIMENTO AFECTIVO E SEXUAL DA CRIANÇA

O desenvolvimento afectivo-sexual é um processo complexo e subtil, que está sujeito a diversos factores, à medida que o ser humano passa pelas diversas etapas da sua vida. Todos os seres humanos têm impulsos sexuais e, porque vivem em sociedade, o seu comportamento sexual é condicionado e controlado pelo contexto socio-cultural em que se inserem (Félix e Marques, 1995).

Na perspectiva de Loureiro (1995), o desenvolvimento afectivo e sexual da criança é resultante da interacção desta com outros, nos contextos de vida em que se desenvolve, e todos os que com ela interagem, sobretudo os pais (primeiras pessoas e mais significativas) influenciam o seu desenvolvimento psico-sexual e, por conseguinte, as suas manifestações sexuais. É neste processo interactivo que a criança se desenvolve psicologicamente e é com base no modelo dos pais que se vão consolidar os seus sentimentos, atitudes e valores face à sexualidade e ao relacionamento interpessoal em geral (Loureiro, 1995).

Deste modo, o desenvolvimento da criança é então marcado pelos pais e a sua personalidade vai sendo constituída na sua relação com eles.

Segundo López (1989, cit. Félix e Marques, 1995), o vínculo afectivo entre a criança e o adulto que dela cuida implica sentimentos, comportamentos e expectativas, que se formam nos primeiros tempos de vida.

De acordo com Gonçalves (1981), sobretudo a partir do segundo ano de vida, a organização psíquica da criança está muito directamente influenciada pelas atitudes dos adultos que se

ocupam dela. Na relação com os pais ou com os adultos, a criança vai necessitar de encontrar eco das suas necessidades e dos seus desejos de amor e ódio, de se rever nas atitudes dos pais para com ela. A criança toma conhecimento de si própria através da sua imagem reflectida nos outros.

Na experiência relacional com as figuras de apego, a criança adquire confiança e segurança que lhe permitem abrir-se a contactos com o meio envolvente, uso e significado de formas de comunicação íntimas e formais, de expressões emocionais, capacidade de explicitar as suas necessidades, bem como a de satisfazer as necessidades dos outros. As relações precoces com as figuras de apego assumem uma importância fundamental na sexualidade infantil, na medida em que é através deste tipo de relações que se desenvolvem vínculos afectivos (Félix e Marques, 1995).

No período que se segue ao nascimento da criança, a procura instintiva da tranquilidade e satisfação é feita através de numerosas aquisições como a alimentação, que proporciona o prazer físico do contacto e presença da mãe, e através do qual a afectividade da criança vai despertando. Graças a este despertar afectivo, o interesse por tudo o que é exterior à criança vai-se desenvolvendo e esta vai tomando consciência, ainda que rudimentar, de si, da mãe e do mundo que a rodeia (Myriam, 1981).

De acordo com López (1989, cit. Félix e Marques, 1995), as experiências e relações precoces da criança com as figuras de apego são generalizadas pelas crianças, que posteriormente utilizam estas aprendizagens noutras relações sociais, que impliquem afectos e formas de comunicação mais íntimas.

Durante os primeiros anos de vida, a criança aprende a amar o outro e a dependência afectiva substitui a dependência física inicial. A criança vai conseguindo, cada vez mais, suportar algumas frustrações, controlar a sua agressividade e aprender a renunciar à satisfação imediata dos seus desejos para conservar o amor dos outros. Começa, assim, a estender as suas relações a outras pessoas, permitindo aumentar a sua experiência afectiva (Myriam, 1981).

Nesta altura, as respostas dadas pelos adultos à curiosidade natural da criança sobre a sexualidade (acentuada pela descoberta das diferenças anatómicas dos dois sexos, papéis sexuais e a

origem dos bebês), modelos de identificação e de imitação e a reação dos adultos aos seus comportamentos sexuais, são determinantes. É durante este período que a criança adquire a noção de que existem actividades adequadas ao sexo feminino e actividades adequadas ao sexo masculino.

A criança estrutura, ela própria, fantasias a respeito das questões básicas que se levantam relativamente à sexualidade, nomeadamente: nascimento, fecundação, diferença entre os sexos e vida intra-uterina (Gomes, 1996).

Neste sentido, a primeira fase da infância, que se estende até aos três anos, é o período no qual a criança se estrutura a nível emocional e afectivo nos ciclos de vida seguintes. A infância é de extrema importância para todas as etapas seguintes, na medida em que para além de todas as aquisições que se fazem nesta fase (falar, andar, etc.), ela é rica também nas trocas emocionais que se processam.

Por volta dos três anos e meio, a criança afirma o seu próprio sexo, exprime verbalmente interesse pelas diferenças fisiológicas entre os sexos, surge o desejo de olhar e de tocar nos adultos, sobretudo no peito da mãe. Aos quatro anos, ainda marcada pelo seu egocentrismo característico, a criança tem por vezes brincadeiras exibicionistas (Berge, 1976; cit. Marques, M., 1998).

Segundo Myriam (1981), aos cinco anos a criança já está familiarizada com as diferenças físicas entre os sexos, mas ainda pouco interessada nisso. As brincadeiras sexuais e exibicionistas atenuam-se. A descoberta do sexo, o sentimento de ser menino ou menina, está na base de impulsos que proporcionam à criança alegrias manifestas, um sentimento de felicidade e orgulho que contribuem para o desenvolvimento da sua personalidade.

De acordo com vários autores (López, 1989, cit. Félix e Marques, A. 1995) é a partir dos cinco, seis anos, que as crianças tomam consciência da sua identidade sexual, na medida em que sabem que esta não depende da sua vontade, mas que é um dado adquirido para toda a vida, assim como a reconhecem como estável ao longo do tempo e estão seguras que não muda, apesar das alterações na aparência ou nas actividades que desempenham.

Na perspectiva de Kohlberg (cit. López, 1984), a aquisição da identidade e do papel sexual não está determinada pela programação biológica, nem pelas influências ambientais, mas sim pela organização cognitiva da própria criança. À medida que se vão alterando as estruturas cognitivas, o mesmo acontece com as atitudes sexuais. É por isso que, segundo o autor, a padrões universais de evolução cognitiva correspondem padrões universais de evolução na aquisição da identidade e do papel sexual.

Por volta dos seis anos, e com a entrada na escola, há o despontar de uma série de factores afectivos e emocionais que a criança até então não havia sentido. Durante a fase escolar, a criança manifesta um crescente interesse e curiosidade pelo corpo e pelo sexo (Loureiro, 1995). Há uma intensificação do interesse sexual (Group, 1965; cit. Martinson, 1993), e das capacidades para respostas eróticas (Martinson, 1993).

A partir dessa idade e até à puberdade, as normas sociais tratam de conter o seu impulso instintivo e surgem o pudor e a moral. O princípio da moral ganha um peso maior e é através do jogo de "faz de conta" que a criança continua a fazer a sua exploração sexual, sendo-lhe permitido descarregar os impulsos agressivos e sexuais (Martinson, 1993).

Segundo Loureiro (1995), a forma como a criança vivencia estes jogos, interpreta o que observa ou ouve, assim como as atitudes e as reacções dos pais face a estes comportamentos podem influenciar, positiva ou negativamente, o modo como a pessoa portadora de deficiência mental vai viver e expressar a sua sexualidade.

A crise da puberdade é a mais importante da infância, tanto pelas modificações do psiquismo, como pelo crescimento do corpo e desenvolvimento da sexualidade (Chaplin, 1981).

De acordo com Meyer-Bahlburg (1993), a puberdade é marcada por duas grandes mudanças: maturação biológica e transição de nível escolar. Ambos os processos originam efeitos profundos e muitas vezes *stressantes* no adolescente e influenciam a sua personalidade, estando relacionados com o desenvolvimento psico-sexual (Hamburg, 1974; cit. Meyer-Bahlburg, 1993).

O período da puberdade à adolescência - período que se situa, em termos cronológicos, entre os 10/11 anos e os 20/21 anos - é, do ponto de vista da sexualidade, aquela fase da vida em que os

indivíduos estão sujeitos a um maior número de transformações biológicas - a puberdade -, e psico-sociais - a adolescência (Félix e Marques, 1995).

A adolescência é geralmente vista, segundo Shah e Zelnik (1993), como um período de mudanças e conflitos. De acordo com os autores, o adolescente é encorajado a ser independente e assertivo mas, quando se trata da sua expressão sexual, depara-se com várias proibições, de acordo com o sexo e o estatuto social.

As restrições sexuais impostas pela sociedade aos adolescentes, num estado em que as necessidades de expressão sexual aumentam, dão origem a muitos conflitos (Shah; Zelnik, 1993).

Para Félix e Marques (1995), é na adolescência que os jovens constroem uma nova identidade pessoal, através de um processo de autonomia face aos adultos com quem se relacionam mais directamente. A comparação com os seus pares é um processo importante na construção da sua auto-imagem, mais propriamente como vêem a sua sexualidade, as suas fantasias, a sua imagem corporal, os seus desejos e as suas condutas.

Nos últimos anos da adolescência, com o processo de maturação fisiológica concluído e com um corpo e uma identidade praticamente adultos, a vivência sexual dos jovens assume muitos dos traços da sexualidade adulta.

A sexualidade e o acto sexual promovem a dimensão socioafectiva-emocional das relações, porque ela implica sempre o outro, implica comunicação e para-comunicação, é sempre desejo, amor por si e pelo outro. Procuramos no outro o que nos faz falta, o que nos (lhe) dá prazer, o que nos faz sentir desejados e amados (Gomes, 1996).

2 - DESENVOLVIMENTO AFECTIVO E SEXUAL DA CRIANÇA E DO JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Sabemos que a sexualidade é parte integrante do indivíduo, estando fortemente ligada à construção da sua identidade e personalidade.

Desde o nascimento que é o grupo social que transmite e define a identidade do bebé, consoante se trate de um rapaz ou uma rapariga. Na infância são particularmente importantes as

relações precoces com as figuras de apego, pois serão elas que mediatizarão a sexualidade ao longo da vida e especialmente nesta primeira fase. É nesta experiência que a criança adquire: a confiança e a segurança que lhe permite abrir-se a contactos com o meio envolvente; o uso e o significado de formas de comunicação íntimas e informais; o uso e significado de expressões emocionais; a capacidade de explicitar as suas necessidades, bem como a de satisfazer as necessidades dos outros (López, 1989; cit. Félix, 1995).

Torna-se difícil saber como se desenrola todo este processo em relação aos indivíduos com deficiência mental, devido à falta de estudos nesta área, o que por si só dificulta a realização de uma análise e descrição do seu desenvolvimento afectivo-sexual, tanto pelo que foi referido, como pela diversidade das deficiências e pela heterogeneidade dos indivíduos.

No entanto, de acordo com Félix e Marques (1995), o desenvolvimento sexual da pessoa com deficiência mental não difere da pessoa dita normal, na medida em que ela passa pelas mesmas etapas, ao nível da sexualidade, que as pessoas sem deficiência.

Através de diversos estudos realizados por vários autores (Abelson e Johnson, 1969; Hammar, Wright e Jensen, 1976; cit. Adams; Tallon; Alcorn, 1982) foi possível concluir que a maioria das pessoas com deficiência mental desenvolve a sua sexualidade da mesma maneira que as pessoas sem deficiência mental.

Deste modo, a pessoa com deficiência mental passa pelas mesmas fases do desenvolvimento afectivo e sexual da pessoa dita normal, desde a infância até à adolescência, embora apresente algumas diferenças (Katz, 1970).

Iremos, neste sentido, basear-nos nos estados de desenvolvimento dito normal, apontando somente alguns aspectos gerais que nos permitam conhecer um pouco como se efectua este desenvolvimento no indivíduo com deficiência mental, tal como descrito por Katz (1970).

Segundo o autor, nos primeiros anos de vida todas as crianças gostam de chuchar objectos que encontram em seu redor; os indivíduos com deficiência mental, mesmo os mais profundos, gostam de chuchar tudo o que podem, inclusivamente na idade adulta.

Por volta dos dois, três anos, as crianças gostam de mexer e manipular objectos, principalmente matérias moldáveis. Outro grande interesse que as crianças encontram, nesta idade, é o prazer que sentem ao brincar com os seus órgãos sexuais. As crianças exploram e descobrem que podem sentir sensações agradáveis através da masturbação.

Aos quatro, cinco anos, a criança mostra grande curiosidade sobre o comportamento sexual dos adultos, surgindo a fase das perguntas, devendo, nesta idade, as explicações ser simples e adequadas ao grau de maturidade e nível intelectual da criança. Nesta altura, o comportamento masculino e feminino vai ser definido, na medida em que o rapaz se identifica com o pai e a rapariga com a mãe, imitando-os nos seus jogos.

De acordo com Woolfson (1995; cit. Aldecoa; Polaino-Lorente, 1996), desde uma idade precoce que a criança tem uma ideia acerca da sua identidade sexual. Por volta dos dois anos e meio, as crianças reconhecem que as meninas gostam de brincar com bonecas e ajudar a sua mãe na cozinha e limpeza da casa, e que os meninos gostam de brincar com carrinhos e ajudar o pai. Por volta dos cinco anos, as ideias que a criança tem sobre a identidade sexual estabelecem-se de uma maneira mais eloquente. A maioria das crianças pensa que os meninos são mais fortes do que as meninas, lutam mais, são menos sensíveis, tendem a esconder os seus verdadeiros sentimentos e são menos educados.

Tanto o pai como a mãe contribuem para a identidade de ambos os "papéis sexuais", entendendo estes como "o conjunto de condutas e atitudes que, dependendo de factores de diversa índole (do biológico ao cultural), configuram um estilo comportamental sexual próprio de um determinado género" (Polaino-Lorente, 1992; cit. Aldecoa; Polaino-Lorente, 1996).

Relativamente às características físicas da puberdade, estas aparecem no jovem com deficiência mental por volta da mesma idade que na população em geral, no entanto, as manifestações psíquicas do carácter podem aparecer mais tarde (Sandre; Raute; 1972). Apesar do desenvolvimento psicológico ser mais lento, o desenvolvimento físico é normal e, por isso, a pessoa com deficiência mental tem os mesmos impulsos e desejos que qualquer outra pessoa da sua idade (Félix e Marques, A., 1995).

As profundas modificações físicas e fisiológicas originam modificações psicológicas paralelas. A puberdade física corresponde a uma especialização do indivíduo que, sem dúvida, já pertencia antes a um dos dois sexos, mas a partir de então lhe pertencerá ainda mais (Arthus, 1976).

Na pessoa com deficiência mental, os fenómenos hormonais, físicos e psíquicos da puberdade aparecem em tempo normal e com a mesma intensidade que na pessoa dita normal (Mettey; Serville, 1996).

Félix (1995) caracteriza a sexualidade na adolescência como o *"período em que se operam intensas modificações biofisiológicas que afectam todo o desenvolvimento corporal; se adquirem as capacidades reprodutivas; se intensifica o desejo sexual e as capacidades de atracção sexual; se reformulam os papéis sexuais anteriormente adquiridos; se iniciam as primeiras experiências de relações amorosas"* (Félix, 1995, p. 39).

De acordo com Buscaglia (1993), os anos adolescentes são difíceis para todos os jovens e são particularmente confusos, frustrantes e traumatizantes para o jovem com deficiência mental. Neste período, a socialização atinge o seu momento de maior importância; a aceitação por parte dos colegas e a participação no grupo tornam-se factores vitais para a formação de um conceito positivo de si mesmo.

Nesta fase é particularmente importante a comparação com o grupo de amigos na forma como o adolescente vê a sua sexualidade, a sua imagem corporal e a sua conduta. No jovem com deficiência mental esta comparação é muito limitada, pois além da escola que possam frequentar, a maioria não tem contacto com jovens da sua idade (Sandre; Raute, 1972).

A partir dos dezasseis anos, a sexualidade torna-se adulta. O desejo está presente e é expresso de diversas formas; está mediatizado por processos biofisiológicos, cognitivo-linguísticos e afectivos (Buscaglia, 1993).

Segundo Félix (1992), se compreendermos que o desenvolvimento biológico dos indivíduos com deficiência mental é, na maior parte das vezes, muito similar ao dos indivíduos sem deficiência, talvez compreendamos as suas necessidades afectivas e sexuais.

É durante a puberdade que se assiste a um aumento da frequência da masturbação, tanto nos rapazes como nas raparigas, que persiste até à idade adulta, sendo para muitos jovens com deficiência a principal forma de expressão sexual (Félix e Marques, 1995).

Embora prevaleça a ideia de que as pessoas com deficiência mental são seres assexuados, que não sentem quaisquer necessidades sexuais, também é comum considerar-se o oposto, isto é, a ideia de que eles só pensam em sexo. No entanto, ambas as posturas parecem ser inadequadas, na medida em que a pessoa com deficiência mental, como qualquer outro ser humano, tem impulso sexual e, pelo simples facto de existir, é um ser sexuado. De acordo com Gomes (1995) cada indivíduo pode controlar, sublimar ou exprimir, de alguma forma, o seu impulso sexual.

Segundo Félix e Marques (1995), ao proibirem-se comportamentos afectivo-sexuais à população com deficiência, está-se a impedi-la da satisfação de necessidades fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoas. Uma dessas necessidades é a sexualidade e esta não implica necessariamente o coito. Implica, sim, que nos queiram, que nos valorizem, que aprovelem a nossa forma de actuar; sentimo-nos importantes e úteis, pois temos alguém com quem partilhar projectos e ansiedades.

Assim, o jovem com deficiência mental experimenta as mesmas mudanças físicas e emocionais, bem como a ansiedade que acompanha normalmente a adolescência. Aos conflitos emocionais próprios desta fase, com os quais ele tem de lidar, são acrescidos os conflitos emocionais resultantes da sua deficiência (Gordon, 1981).

3 - EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

A sexualidade do indivíduo com deficiência mental insere-se num quadro mais amplo que é o da sexualidade humana. Assim, a vivência da sexualidade pelos indivíduos, nos seus diferentes papéis, pelos grupos e comunidades ao longo da história, é importante para a análise da sexualidade do indivíduo com deficiência.

Neste estudo, limitamo-nos a caracterizar a evolução destas ideias nas últimas décadas.

Lang (1992) parte de uma análise da bibliografia especializada para distinguir três períodos na história das concepções mais recentes sobre a sexualidade das pessoas com deficiência mental, salientando alguns traços gerais de reflexão que surgiram em textos de áreas muito diversas.

O primeiro período abrangeria as décadas de 50 e 60 até ao começo dos anos 70. O segundo período situar-se-ia entre o começo dos anos 70 e 1983, ano da publicação de *L'Ange et la Bête*. Por fim, o terceiro período abrangeria o espaço de tempo que vai de 1983 até ao início dos anos 90.

O autor caracteriza o primeiro período através de traços muito gerais que pretendem abranger o maior número possível de publicações e intervenções no debate:

- a sexualidade da pessoa com deficiência mental surge como objecto de estudo disciplinar de determinadas áreas que consideram possuir competência específica para discutir este assunto, tais como a medicina, a psicologia e a pedagogia; e como tema de debate em discussões mais alargadas de ordem político-social, filosófica e religiosa;

- as representações e as conclusões que delas se podem retirar apoiam-se numa base sólida formada pelo que se julga ser uma descrição e observação "objectiva" dos comportamentos sexuais dos indivíduos com deficiência, tendo sempre como ponto de partida o comportamento sexual dos indivíduos ditos normais;

- na maior parte dos casos, a sexualidade é reduzida à genitalidade;

- os estudos da época permitem confirmar que o modo como os que estavam mais próximos do indivíduo com deficiência mental viam a sua sexualidade estava relacionado com uma representação negativa, que o catalogava como um doente condenado a permanecer biológica, afectiva e sexualmente como um bebé;

- Como consequência da atitude acima mencionada, assiste-se a um predomínio da dimensão profiláctica.

É neste período que se dão os primeiros passos decisivos na tentativa de estudar as situações e os conflitos observados, no sentido de encontrar parâmetros de compreensão da sexualidade na deficiência mental.

No segundo período assiste-se a um aumento do número de publicações e estudos sobre o tema em questão, trabalhos esses que revelam a influência de estudos anteriores sobre psicopatologia dinâmica. Novas perspectivas são também abertas por outras áreas, nomeadamente psicologia social e clínica. O autor caracteriza este período da seguinte forma:

- Os comportamentos sexuais começam a ser descritos de forma contextualizada, verificando-se uma tendência para enquadrar a sua análise numa compreensão global do comportamento do sujeito com deficiência; dá-se atenção, para além do nível intelectual e idade real, a parâmetros como o desenvolvimento sensório-motor e cognitivo, relações afectivas, meio sócio-cultural, entre outros.

- O comportamento sexual da pessoa com deficiência mental e os problemas que lhe estão associados começam a ser vistos como algo que resulta da actividade "normal" de um indivíduo sexuado. A sexualidade deixa de ser entendida como algo que se reduz à genitalidade ou à função reprodutora.

- Muitos dos textos produzidos neste período destinam-se a instituições de apoio à deficiência, o que leva a uma alteração de perspectiva da área médico-legal para a área institucional. Esta mudança conduziu a soluções mais realistas, mais diferenciadas, em que a especificidade dos problemas de cada deficiência pôde ser tida em conta.

É nesta fase que se faz uma diferenciação clara entre vários aspectos que podem influenciar a vida sexual do indivíduo com deficiência mental: a idade, o grau de deficiência e o meio em que vivem (rural/urbano) são alguns dos aspectos a ter em conta.

No terceiro período mantêm-se e aprofundam-se algumas características do período anterior: abordagem pluridimensional, individualização das problemáticas, inquéritos institucionais, contextualização da investigação. No entanto, Lang (1992) considera que o ênfase principal nos trabalhos que surgem nesta fase se dá a partir da noção de representação. É a partir desta noção que o autor vai esquematizar as principais características dos trabalhos mais recentes:

- constata-se uma diminuição do número de publicações neste domínio;

- começa-se a dar importância à análise das representações

que o meio (família, educadores, sociedade) tem da sexualidade das pessoas com deficiência mental;

- pensa-se também nos efeitos que as representações mencionadas anteriormente possam ter nos próprios sujeitos com deficiência, quer ao nível da sua sexualidade, como dos seus fantasmas. Assiste-se a uma necessidade de reconhecer a legitimidade da expressão de desejo sexual por parte desta população.

O autor sublinha o facto de grande número de textos deste período tratarem de questões concretas, designadamente do ponto de vista de pais e educadores.

Finalmente, Lang (1992) constata uma série de limitações nas questões que hoje nos preocupam. O primeiro limite atingiria o discurso sobre a sexualidade dos indivíduos com deficiência mental, na medida em que há menos artigos escritos sobre esta questão e verifica-se um certo bloqueio ao nível das ideias, das concepções e das análises. Um segundo limite verificar-se-ia ao nível da expressão da própria sexualidade destes indivíduos. Por último, um limite na comunicação e intercâmbio entre equipas, instituições e grupos.

4 - SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL

4.1 - A educação sexual: um processo de controlo social

Como já foi referido em capítulos anteriores, todos os aspectos da actividade humana e, em particular, a sexualidade, são objecto de um processo de controlo social, produto de uma aprendizagem ou educação sexual que influencia - quer pelas orientações normativas e/ou ideológicas, quer pelas atitudes sociais - as nossas "histórias sexuais", a nossa identidade sexual e os nossos comportamentos.

A propósito da educação sexual, Allen (cit. Por Sampaio, 1987, p. 20) refere que *"(...) toda a gente quer a educação sexual mas, de facto, ninguém quer"*. A ambiguidade destas palavras é justificável na esfera dos comportamentos e práticas sexuais enquadradas pelas instituições sociais e reguladas pelas orientações normativas e/ou ideológicas que lhes são correlativas, bem como na concepção que cada indivíduo tem da sexualidade, a partir das suas experiências vivenciais muito diversas.

A aposta numa escolarização da educação sexual, assente no

modelo actual de desenvolvimento pessoal - onde há necessidade de se aumentar conhecimentos e desenvolver um trabalho centrado nas atitudes pessoais e em determinadas competências específicas - gera, indubitavelmente, maior complexidade e maior controvérsia à volta da educação sexual.

Conscientes desta realidade propomos, para o presente capítulo, uma reflexão concertada sobre este modelo de educação sexual, assente numa perspectiva psicossocial e interactiva que preside à sua concepção e às suas formas de intervenção, fundadas no *"(...) conhecimento de si próprio e do outro, abrangendo este conhecimento a dimensão física, afectiva e relacional (social) de si e do outro enquanto ser sexuado e sexual"* (Loureiro, 1997, p. 17).

A sexualidade, tal como já referimos, expressa-se não só no que sabemos, mas sobretudo nos nossos sentimentos, atitudes e comportamentos.

Todos estes aspectos da expressão sexual estão condicionados a uma aprendizagem sexual que se traduz na transmissão de valores, atitudes e controlo normativo, estando implícitos os dispositivos legais.

4. 2 - Os agentes de educação sexual

Neste processo de aprendizagem ou de educação sexual intervêm vários agentes que interagem, muitas vezes, de forma conflituosa.

A este propósito, Vilar (1987) refere que o conflito, a recepção de mensagens diferentes e por vezes contraditórias ou mesmo antagónicas, é a base dos próprios progressos na aprendizagem. Actualmente, e em oposição com épocas anteriores, o processo de educação sexual é, mais do que nunca, objecto de contradições e de multiplicidade de mensagens.

Argumentando, este autor refere que vivemos numa época de grandes mudanças face às normas tradicionais da conduta sexual. *"(...) Quer os movimentos sociais de contestação da moral tradicional (nomeadamente os movimentos feministas, as grandes movimentações estudantis dos anos 60 e 70, os movimentos ligados à problemática do planeamento familiar e da sexualidade), quer os progressos no estudo científico da sexualidade humana, quer a própria utilização do sexo para fins comerciais ou artísticos, abriram brechas irreversíveis no sentido de um*

reconhecimento público, ideológico e moral da sexualidade como um valor natural e positivo da vida humana" (Vilar, cit. por Allen et al., 1987, p. 167).

Por outro lado, *"(...) uma das principais características destas transformações é a crescente visão da sexualidade não só como um assunto do foro íntimo, mas como assunto de abordagem pública. Ou seja, cresce o número de intervenientes e de mensagens que cada um recebe no seu processo de aprendizagem"* (ibidem, p. 167).

Desta forma, depreende-se que esta nova característica irá incidir junto dos jovens e de todos os agentes que intervêm no processo de aprendizagem sexual, entre os quais salientamos a família, os amigos, os mass-media, os parceiros sexuais, a comunidade, os grupos de pertença e a escola.

4.3 - As formas de educação sexual: a educação sexual implícita e explícita

Todos os aspectos inerentes à esfera da sexualidade são construídos sob duas formas de aprendizagem ou educação: a Educação Sexual Implícita e a Educação Sexual Explícita.

A Educação Sexual Implícita (informal, ocasional, não intencional) traduz-se numa aprendizagem contínua, ao longo da vida. Pelo que se diz, pela forma como se reage a situações relacionadas com as relações sexuais e afectivas das pessoas que conhecemos, pela informação oriunda dos media, pelos valores transmitidos por familiares, amigos, vizinhos e professores.

É neste ambiente relacional que entendemos a aprendizagem da sexualidade por modelagem, processo fundamental na educação sexual informal. Os adultos (pais e pares) - modelos reais de observação - constituem uma referência relevante na formulação de padrões de comportamento das crianças e jovens, em particular até à adolescência, e fundamentalmente aqueles com quem os laços afectivos são mais consistentes.

Os modelos intermediários (jogos, roupas, adornos, posturas, actividades), os modelos simbólicos (os media), os modelos exemplares (personagens públicas cuja sexualidade é objecto especial de revelação pelos media), constituem outros agentes no que concerne a uma aprendizagem informal por modelação.

Reconhecendo que a família é referência primordial na transmissão de valores e mensagens sobre sexualidade à criança e ao jovem, torna-se pertinente uma intervenção a nível da educação sexual informal que tenha por base programas de educação sexual que incluam, como destinatários, pais e professores.

Esta escolarização da educação sexual, assente em programas mais profissionais, democráticos e abertos, deve proporcionar informações adequadas aos pais, no sentido de minimizar a hostilidade e a desconfiança em relação às questões da sexualidade, promovendo, paralelamente, um clima atitudinal mais positivo e favorável a um diálogo mais intenso entre pais e filhos.

Reconhecemos que não é tarefa fácil, dado que a concepção naturalista do sexo *"(...) acaba por encerrar a sexualidade nas estruturas familiares, fazendo da "conjugalidade" cenário normativo do sexo."* Foucault (1976, p. 142). O autor refere mesmo que a família *"(...) é o cambista da sexualidade e da aliança; transporta a lei e a dimensão do jurídico para o dispositivo da sexualidade; e transporta a economia do prazer e da intensidade das sensações para o regime da aliança".*

No entanto, existe hoje uma atitude ambivalente e preocupada de muitos pais em relação à forma de desempenhar o seu próprio papel na educação sexual dos filhos, em que o receio de que falar sobre a sexualidade pudesse despertar *"(...) mais precocemente os comportamentos sexuais dos filhos (e especialmente das filhas), foi progressivamente substituído pelo receio de os filhos crescerem sem uma educação sexual adequada, a qual muitas vezes não se sentem preparados para promover"* (Vaz et al., 1996, p. 108). Esboça-se, então, uma mudança de atitudes, por parte dos pais, produto *"(...) das profundas mudanças que se operam nas últimas décadas ao nível das mentalidades e, nomeadamente, na forma de encarar a paternidade/maternidade"* (Vaz et al., 1996, p. 108).

Depreende-se, então, que esta mudança de atitudes não pode ser descontextualizada de toda uma vivência actualmente mais liberal, no que concerne aos costumes e à liberdade dos jovens.

Para além da Educação Sexual Implícita, existe outro tipo de aprendizagem ou educação sexual, vulgarmente conhecida por Educação Sexual Explícita. Esta outra forma de aprendizagem sexual assenta em processos estruturados ou planeados, não

reduzíveis à escola, mas que exigem uma acção programada, com objectivos e conteúdos delineados por profissionais.

Neste tipo de aprendizagem podemos encontrar a Educação Sexual Não Formal que corresponde "*(...) a todos os processos intencionais de educação no âmbito da Sexualidade Humana, desenvolvidos na escola extra-curricularmente e/ou paralelamente ao sistema educativo formal (por exemplo, através de associações de intervenção social, de voluntários, organismos de apoio à juventude...*" (Vaz et al., 1996, p. 22) e a Educação Sexual Formal que diz respeito a "*(...) um processo intencional e programado através do currículo*" (ibidem, p. 23).

É neste último tipo de educação sexual que se enquadram as responsabilidades da escola e profissionais de organizarem programas com objectivos e conteúdos no âmbito da Sexualidade Humana. "*A organização de programas de Educação Sexual no sistema educativo deve implicar a explicitação de um quadro de valores éticos que oriente a formulação de objectivos pedagógicos, conteúdos e metodologias de ensino/ aprendizagem*" (ibidem, p. 33).

Neste sentido, justifica-se a clarificação - embora sucinta - do modelo educativo que mais se enquadra na perspectiva do quadro de valores da Educação Sexual: o modelo de desenvolvimento pessoal.

4.4 - A importância do modelo de desenvolvimento pessoal

O modelo de desenvolvimento pessoal é produto de um conjunto de alterações sociais e dos investimentos científicos no domínio dos comportamentos humanos em geral e, em particular, dos comportamentos sexuais, a partir da década de 60. Com o aparecimento da "doença do século" - a SIDA - acentuaram-se as preocupações com uma educação sexual que exercesse um controlo social adequado para com os comportamentos sexuais de risco.

Tendo por base o modelo preventivo, os objectivos deste tipo de educação sexual assentavam na "*(...) aquisição de conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da reprodução e das doenças sexualmente transmissíveis (sintomas e meios de tratamento) e no (...) conhecimento dos métodos contraceptivos e das formas mais eficazes de prevenir o contágio das DST*" (Vaz et al., 1996, p. 40).

Contudo, este modelo mostrou-se insuficiente no que concerne à transmissão de componentes emocionais e relacionais da sexualidade. Se a informação e prevenção contra estas doenças constitui, de facto, uma preocupação, "(...) *as decisões sobre aspectos das suas vidas e relacionamentos sexuais, as dúvidas e frequentes situações de ansiedade sobre o seu processo de crescimento, as suas relações com a família (...)*" (ibidem, p. 41) são, também, motivo de preocupação.

Neste sentido, requeria-se um modelo de educação sexual integral que englobasse várias vertentes: uma vertente biológica que correspondesse a informações sobre "(...) *anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana*" (ibidem, p. 42); uma vertente psicológica que englobasse processos como "(...) *a identidade de género (aquisição de papéis sexuais), a orientação sexual (ou seja, a hetero, homo e bissexualidade), a auto-imagem e a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, em particular as relações afectivo-sexuais*" (ibidem, p. 43); e, finalmente, a vertente social que englobasse as "(...) *discussões sobre valores e atitudes, os modelos morais que recobrem as vertentes anteriores*" (ibidem, p. 43).

É assim que o modelo de desenvolvimento pessoal, assente neste conhecimento da sexualidade, estabelece um conjunto de objectivos capaz de responder a uma educação sexual adequada para qualquer tipo de população, seja ela deficiente ou não:

- "Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais";
- "Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida";
- "Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas ou a sua orientação sexual";
- "Promoção da igualdade de direitos e de oportunidades entre os sexos";
- "Respeito pelo direito a ser diferente";
- "Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade";
- "Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis";
- "Reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de esco-

lha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual";

- "Recusa de formas de expressão da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração";

- "Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva" (ibidem, p. 43).

As potencialidades deste modelo de educação sexual em práticas pedagógicas adequadas, podem constituir o melhor caminho para a construção de uma sexualidade adequada de todas as crianças e jovens, independentemente de terem ou não deficiência. Certamente que, para a deficiência, dever-se-á organizar os ajustamentos necessários que atendam à sua especificidade.

5 - BREVE ABORDAGEM DA EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL

Sendo a educação um processo mediante o qual a pessoa se forma, se constrói como pessoa, esta formação é um processo global que integra, obrigatoriamente, a educação sexual, num esforço permanente de educação do indivíduo.

Contudo, esta aprendizagem pode ser feita através de dois processos: um implícito, espontâneo, ocasional e quotidiano, desenvolvido a partir das atitudes dos pais, professores e outros adultos face à sua sexualidade e afectividade e também em relação às suas opiniões sobre a sexualidade dos outros; e outro explícito, estruturado, dirigido e intencional, com base em acções programadas que têm por objectivo definido a educação da sexualidade. Há pois que distinguir claramente Informação Sexual e Educação Sexual.

Assim, entende-se que a Informação Sexual "é um conjunto de informações anatómicas, fisiológicas e psicológicas que podem permitir a um rapaz ou rapariga conhecer e compreender melhor o seu corpo, o seu funcionamento sexual e reprodutor, os processos contraceptivos e os aspectos psicológicos da sexualidade; e que permitem também compreender-se na variedade de comportamentos sexuais existentes. A Educação Sexual inclui toda esta

transmissão de conhecimentos, mas engloba outros elementos de natureza subjectiva, ideológica" (Miguel, 1983, p. 19).

Allen Gomes, na mesma obra, refere que a Educação Sexual, para além de visar questões relativas à sexualidade e fornecer conhecimentos sobre tal, é Educação da Afectividade, é Educação para a Relação, pois com a Educação Sexual pretende-se a construção da capacidade para fundar relações significativas com indivíduos do outro sexo, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso da personalidade.

As dificuldades em concretizar um Programa de Educação Sexual não são alheias às conotações preconceituosas e às crenças e ideias feitas, sobretudo estereotipadas sobre a sexualidade em geral. É no campo da sexualidade *"que se encontram entrelaçados aspectos de ordem biológica, psicológica e sociocultural, cuja influência é determinante de atitudes e comportamentos"* (Gomes, 1989).

As experiências afectivas e sexuais podem alterar ou reforçar os valores e conhecimentos face à sexualidade que de forma não estruturada se apreendem.

O Estado Português legisla pela primeira vez sobre Educação Sexual no ano de 1984: Lei 3/84 de 24 de Março - *"Educação Sexual e Planeamento Familiar"*. Nos artigos 1º e 2º da referida Lei, o Estado incumbe a si próprio o dever de garantir "o direito à Educação Sexual como componente do direito fundamental à Educação", garantindo a educação sexual dos jovens na escola (cujos programas devem incluir conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade), nas organizações sanitárias e nos meios de comunicação social. Essa mesma lei refere a importância da divulgação do Planeamento Familiar e dos métodos contraceptivos para o exercício de uma maternidade e paternidade responsáveis.

No que concerne ao Planeamento Familiar para os jovens, o artigo 13º, nº 1, dessa mesma lei, refere que "o Estado e as autarquias incentivarão a instalação de Centros de Atendimento para jovens, a prestação de informação sobre a anatomia e fisiologia da reprodução e a informação sexual; a preparação para uma vivência correcta da sua sexualidade e o fornecimento de contraceptivos em situações de risco".

Nesta Lei, o Estado compromete-se a apoiar as famílias nas tarefas de Educação Sexual, a introduzir nos programas escolares conteúdos ligados à sexualidade humana, e a garantir, para tal, a formação de professores.

Como é referido na obra "*Educação Sexual na Escola*" (Frade et al., 1992), este conjunto de boas intenções não seria concretizado de imediato numa política educativa. As escolas, os profissionais de saúde e a Associação para o Planeamento da Família (A.P.F.) têm, por iniciativa própria, desenvolvido actividades de Educação Sexual dirigidas aos estudantes, aos professores e outros agentes educativos.

Nesta área de Educação Sexual destaca-se o papel pioneiro da A. P. F. , tendo desenvolvido programas de Educação Sexual para jovens e de formação de profissionais de saúde e educação.

Este movimento dinâmico acabará por produzir os seus frutos e, de certa forma, influenciará a redacção da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro) que, no artigo 47º, nº 2, ao criar uma nova área educativa de Desenvolvimento Pessoal e Social, aponta a Educação Social, a par de outras, como uma das suas componentes, incluindo expressamente temas de Educação Sexual.

Na sequência destas Leis, surgiram entre nós alguns trabalhos e reflexões sobre os objectivos, os conteúdos e as estratégias de ensino na "Educação Sexual". Destacam-se as iniciativas da Direcção Geral da Família (1984), Soares e Campos (1986), Raposo (1986), Sampaio e Vilar (1987), Cortesão, Silva e Torres (1989) Vaz et al. (1996).

Os primeiros programas de Educação Sexual concebidos para pessoas com deficiência mental começaram também a surgir. Entre eles, destacamos a iniciativa de Loureiro (1997), destinada a psicólogos, professores e outros profissionais que intervenham em contextos educativos regulares ou especiais.

Contudo, o âmbito destas iniciativas é muito reduzido e poucas são as escolas onde estas temáticas são explicitamente tratadas.

CAPÍTULO III

ATITUDES

1 - ABORDAGEM CONCEPTUAL

O estudo das atitudes tem sido objecto de especial consideração por parte de vários autores em todas as épocas.

A riqueza do seu significado torna a atitude num conceito que pretende ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. O acentuar da componente cognitiva ou da componente de orientação para a acção reflecte as diferentes posturas teóricas. Deste modo, enquanto as correntes comportamentalistas definem atitudes como o comportamento verbal através do qual as pessoas expressam as suas preferências e contrariedades, a perspectiva cognitiva analisa a congruência interna das atitudes, a sua relação com as crenças e os valores individuais ou grupais (Lima, 1986; cit. Vala e Monteiro, 1996).

No entanto, segundo a autora, mesmo as diferentes posições quanto ao conceito de atitude apresentam alguns pontos em comum:

- *As atitudes referem-se a experiências subjectivas.*

Todos os autores se referem às atitudes como expressando o posicionamento de um indivíduo ou de um grupo, construído a partir da sua história e das aprendizagens sociais.

- *As atitudes são sempre referidas a um objecto.*

Quando se fala da atitude de um indivíduo ou de um grupo social, é sempre referente a um determinado facto ou acontecimento.

- *As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa.*

As diferentes teorias acentuam, de certo modo, as ligações à cognição e ao comportamento; no entanto, está sempre presente a dimensão afectivo-avaliativa, isto é, uma atitude traduz uma posição que, face a um determinado objecto social, pode ser expressa em termos de "gosto/ não gosto" ou "concordo/ discordo".

De acordo com Chaplin (1981), atitude é uma predisposição relativamente estável e duradoura do indivíduo para se comportar ou reagir de determinada forma em relação a pessoas, objectos, instituições ou acontecimentos. As atitudes tendem a responder às pessoas, instituições ou acontecimentos, quer positiva, quer negativamente. As origens das atitudes são culturais, familiares e pessoais, isto é, tendemos a assumir as atitudes que prevalecem na cultura em que crescemos; grande parte delas passa de geração em geração, dentro da estrutura familiar.

Assim, as pessoas agem de forma distinta ao mesmo estímulo, em parte porque o entendem e sentem de maneira diferente, de acordo com a sua experiência de vida e com os valores que ao longo da vida vão interiorizando.

A forma extrema da atitude negativa designa-se por preconceito, definido como uma atitude que se formula antes de provas suficientemente evidentes e se conserva com tenacidade emotiva, predispondo o indivíduo a comportar-se de um certo modo ou a pensar de uma certa maneira para com os outros (Chaplin, 1981).

Assim, o sujeito não tem experiências directas com todos os objectos de atitudes, sendo a maioria das suas atitudes formadas na escola, na família, ou baseadas no que os outros lhe transmitem ao longo do processo de socialização e de formação.

De acordo com Triandis (1971), a atitude é uma ideia carregada de emoção que predispõe um determinado número de acções a um grupo específico de situações sociais. Assim sendo, a atitude não é mais do que uma emoção que se sente face a uma determinada situação com que se depara, a atitude é a avaliação que se faz do mundo que nos rodeia, é um julgamento.

A definição proposta pelo autor comporta três dimensões que correspondem às distintas componentes das atitudes: Ideia - componente cognitiva, Emoção - componente afectiva, e Predisposição para a acção - componente comportamental (Triandis, 1971), que segundo Paixão (1993) remete para um "pensar", "sentir" e "agir", por parte do sujeito, perante uma realidade social.

No entanto, alguns autores vêem as atitudes como uma entidade única: uma disposição cognitiva, afectiva ou comportamental para responder a um objecto ou acontecimento de uma

maneira favorável ou desfavorável (Paixão, 1993).

A componente cognitiva reflecte os pensamentos acerca do objecto da atitude, ou seja, remete para o modo como este é designado e definido. Esta componente justifica-se porque, sem qualquer representação cognitiva de um objecto, torna-se impossível qualquer atitude em relação a esse objecto.

A componente afectiva remete para o sentimento de agrado ou desagrado experimentado pelo sujeito face ao objecto da atitude. Envolve a emoção do sujeito face ao objecto da atitude, que pode ser positiva ou negativa e mais ou menos intensa.

A componente comportamental diz respeito aos comportamentos que o sujeito evidencia face ao objecto da atitude. A esta componente surge associado um conjunto de crenças que, de forma mais ou menos intensa, influencia a acção.

O indivíduo encontrar-se-ia num estado psicológico que o predisporia a agir, em resposta a uma classe específica de pessoas, objectos e ideias. Esta componente determina não só o que os sujeitos pensam, sentem e como gostariam de se posicionar em relação ao objecto atitudinal, mas ainda, o que eles pensam que "devem fazer", face às normas socialmente aceites.

Deste modo, pode dizer-se que para o desenrolar de uma atitude é essencial a existência de, pelo menos, três factores: o *sujeito* que expressa a atitude, o objecto perante o qual a atitude é expressa, e o *contexto* em que a atitude é expressa.

Ao nível da formação das atitudes existem duas linhas teóricas fundamentais: a que se centra nos processos cognitivos e remete o problema da formação das atitudes para a questão da aquisição de crenças, e a que analisa este processo enquanto um processo afectivo, ligando a sua formação a experiências emocionais, sem necessidade de um suporte racional (Lima, 1986; cit. Vala e Monteiro, 1996).

De acordo com a primeira linha teórica, é a informação que temos sobre um determinado objecto, as crenças, que definem as nossas atitudes. Essas crenças que sustentamos têm origem em informação obtida directamente, através da nossa experiência pessoal, ou indirectamente, através da interacção com os outros.

A segunda perspectiva teórica parte de pressupostos menos racionais e liga a formação das atitudes a experiências emocionais.

Assim, o conceito de crença (informação que o indivíduo tem acerca do objecto) aparece ligado ao de atitude. O indivíduo argumenta a sua posição atitudinal, com suporte numa componente cognitivo-racional, que no fundo será a sua crença. Neste contexto, a atitude social aparece-nos definida como uma organização de crenças e cognições acrescidas de uma certa carga afectiva, que poderá ser a favor ou contra um determinado objecto social, mas contendo alguma coerência entre si e o objecto em questão (Lima, 1986; cit. Vala e Monteiro, 1996).

Os pais são, normalmente, a primeira fonte de crenças das crianças. Outras fontes importantes são os amigos e os grupos, as grandes instituições normalizadoras, como a escola ou a igreja, e ainda os mass-media, que poderão funcionar como uma forma de referência na avaliação da realidade, moldando as atitudes e crenças dos indivíduos (Lima, 1986; cit. Vala e Monteiro, 1996).

Segundo a mesma autora, as atitudes são fruto da interacção social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros.

As diferentes posições quanto ao conceito de atitude terão pontos comuns no que diz respeito à sua subjectividade e à sua dimensão em relação a um objecto.

Segundo Nicolas e Fischer (1992), existem dois grandes tipos de atitudes:

- As atitudes centrais, são aquelas às quais o indivíduo atribuirá maior valor, na medida em que representam o material de base das opiniões e das crenças, exprimindo uma visão da realidade que se traduzirá em ideias sobre trabalho, sociedade, política, etc.;

- As atitudes periféricas, que incidirão sobre objectos ou acontecimentos de menor importância, com os quais o indivíduo mantém relações mais distantes, não necessitando, assim, de informações muito precisas para se formarem.

De acordo com os autores que estabelecem esta distinção, verifica-se que as primeiras serão de tal maneira estruturantes, visto que darão indicadores de conduta e sentidos de vida, que será eventualmente difícil serem sujeitas a mudança, ao passo que as segundas serão mais facilmente mutáveis.

Deste modo, e apesar das atitudes tenderem a resistir à mudança ou esta, a ocorrer, tender a ser lenta, elas serão tão

maleáveis e sujeitas a transformação quanto a informação e experiência do indivíduo ameaçar a sua estabilidade (Gleitman, 1993).

2 - ATITUDES FACE À DEFICIÊNCIA MENTAL

As atitudes referem-se a experiências subjectivas e formam-se a partir de aprendizagens sociais. No entanto, estas características não implicam uma abordagem das atitudes como uma variável individual. Numerosos estudos de Psicologia Social mostraram já a influência da posição das outras pessoas na formação de opiniões acerca de objectos da atitude.

A formação de atitudes tem um papel importante na construção e na preservação das entidades grupais e na integração dos indivíduos nos grupos sociais (Lima, 1986; cit. Vala e Monteiro, 1996).

Todos os indivíduos que não aderem aos padrões de normalidade preconizados pelo grupo social em que estão inseridos, quer seja por opção, quer por outras circunstâncias, não se identificam com o grupo e, portanto, não são aceites como membro efectivos do corpo social; logo tornar-se-ão pessoas marginalizadas ou estigmatizadas (Glat, 1989; cit. Marques, M., 1998).

Desde sempre, os indivíduos com deficiência mental induziram nas pessoas sentimentos díspares, uns de repulsa e total indiferença perante os seus direitos, outros de super-protecção. O resultado final foi o seu total afastamento da sociedade.

Deste modo, não pretendemos aqui lembrar exaustivamente todos estes momentos, mas apenas procurar na história alguma causalidade para os sentimentos contraditórios que ainda observamos na nossa sociedade relativamente à pessoa com deficiência mental.

Através dos tempos, desde Hipócrates até hoje, os estigmas sofreram alterações significativas. Desde a selecção natural - para além da selecção biológica dos Espartanos que "eliminavam" as crianças malformadas ou com deficiência -, passando pelo conformismo complacente do Cristianismo, até à segregação e marginalização operadas pelos "exorcistas" e "esconjuradores" da Idade Média, a perspectiva da deficiência andou sempre ligada a crenças sobrenaturais, demoníacas e supersticiosas.

Ao longo dos tempos a sociedade foi modificando a sua

maneira de encarar a pessoa com deficiência. A reacção foi durante muitos anos de repulsa, de medo, de curiosidade, de comiseração e de pena.

Nos séculos XVI e XVII, a mitologia, o espiritismo e a bruxaria dominaram a visão da deficiência, de onde decorrem julgamentos morais, perseguições, encarcerações, etc., meios claramente demonstrativos de valores de ordem social e de controle social.

Segundo Perron (1976), regista-se o início de uma mudança de atitudes nos finais do século XVIII.

À medida que a revolução humanitária encontra o seu expoente máximo na Revolução Francesa, regista-se uma mudança, por oposição radical, sendo disso exemplo a libertação dos loucos de Pinel e a tentativa de distinguir o indivíduo com deficiência mental do louco (Perron, 1976). A Revolução Francesa foi um novo período em que as atitudes filosóficas e antropológicas se conjugaram numa perspectiva mais humanista da deficiência. É no século XX que se iniciam os primeiros estudos científicos especificamente relacionados com a deficiência mental (Fonseca, 1989).

De acordo com Perron (1976), num período decorrente de grandes tumultos humanos como a I Grande Guerra, registam-se alterações significativas nas mentalidades, uma vez que a confrontação com os estropiados, mutilados da guerra, mas indivíduos úteis, obrigam a sociedade a perspectivar institucionalmente meios de reabilitação.

Na última metade do século XX, verifica-se a existência de um movimento que tende a aceitar as pessoas com deficiência e a integrá-las, tanto quanto possível, na sociedade, apesar de ainda muito aquém do ideal. Há um movimento consequente de abertura e de proclamação dos direitos humanos. São criadas, em todas as sociedades, instituições dedicadas à educação e à reabilitação de pessoas com anomalias motoras, sensoriais ou mentais (Perron, 1976).

No entanto, a realidade predominante na sociedade negligencia os seus membros mais fracos e constrói um estilo de vida apenas para alguns, subestimando as pessoas com deficiência mental, que são consideradas como "mentalmente incapacitadas" (Berridi; cit. Fairbrother, 1994).

Na sociedade encontramos habitualmente uma grande falha na aceitação do indivíduo com deficiência como sendo útil e produtivo, dentro das suas limitações. Este é ainda olhado apenas com comiseração; lamenta-se a sua situação, olhando-o apenas pelos aspectos negativos, esquecendo todas as suas reais possibilidades (Andrada, 1991).

A maioria dos grupos sociais procura afastar ou excluir as pessoas com deficiências porque, segundo Fonseca (1987; cit. Dias; Denari; Sampaio; Semionato-Toso; Zanildo, 1995), a sua presença pode ameaçar, ofender e perturbar a ordem social. Geralmente são vistas como indesejáveis as pessoas que não correspondem ao sistema de crenças prevalecente nos grupos sociais já que, de alguma forma, os obrigam ao questionamento de tais crenças, ou seja, ao repensar das suas regras sociais.

Jones (1984, cit. Marques, 1998) identificou alguns "mitos", que se relacionam com as atitudes face ao indivíduo com deficiência, que estão enraizados no discurso da sociedade e aceites por esta, assumindo-se como "verdades absolutas", tais como:

- *"As atitudes face aos indivíduos deficientes são negativas."*

A ideia mais comumente aceite é de que as atitudes face à população com deficiência são negativas; no entanto, estas dependem de factores como o grau e tipo de deficiência, a natureza da situação vivida pelo indivíduo e as características pessoais do objecto e do sujeito. As atitudes face aos indivíduos com deficiência não são explicadas pelas suas características particulares e comportamentos, dependem do contexto, objecto e realidade das crenças e sentimentos expressos pelo sujeito.

- *"As atitudes negativas exibidas face à população deficiente são baseadas na falta de informação."*

Apesar desta ideia estar generalizada, verifica-se não existir uma relação linear entre um dado comportamento (ou atitude) e a informação que o indivíduo possui acerca do objecto de atitude. A atitude é influenciada por vários factores que remetem para a individualidade do sujeito que a exhibe. Assim, torna-se necessário identificar que tipos de informação e experiência conduzem a determinadas atitudes, comportamentos e crenças.

- *"Os deficientes têm um baixo auto- conceito."*

Este "mito" é um dos mais enraizados no pensamento do Homem, que acredita que as atitudes negativas são interiorizadas pela pessoa com deficiência, assumindo a forma de um auto-conceito baixo. Se por um lado se verifica que a população com deficiência experimenta com frequência situações de rejeição e de fracasso e estas levam normalmente a um sentimento de incompetência, também é verdade que os indivíduos se adaptam ao fracasso e à não aceitação.

- *"Os deficientes e as suas famílias devem aprender a aceitar as suas deficiências."*

Quando se detecta uma deficiência, é desencadeado na família um sofrimento emocional perturbando o processo de vinculação. É necessário proceder a um ajustamento da situação vivida, que passa pelo "luto" do filho imaginário e por uma progressiva aceitação do real. Perante um diagnóstico de deficiência, os pais têm o direito de negar o "rótulo atribuído" ao filho. Esta rejeição da deficiência é suscitada por sentimentos de impotência e desespero vivenciados perante um diagnóstico e prognóstico de deficiência.

- *"As atitudes negativas conduzem a comportamentos de rejeição face ao deficiente."*

Para além da relação entre as atitudes negativas e os comportamentos de rejeição, existem outros factores que influenciam o comportamento do indivíduo, como as normas sociais, valores como a justiça, personalidade, entre outros.

Estes mitos apontados por Jones (1984; cit. Marques, M., 1998) reflectem, de certo modo, a atitude da sociedade face à deficiência e à população com deficiência, remetendo para uma diversidade de sentimentos, atitudes e comportamentos.

De acordo com Gash e Coffey (1995), as atitudes face à pessoa com deficiência mental influem nas suas próprias condições de vida.

Palgi (1962; cit. Aminidav e Weller, 1995), refere que os valores de uma determinada cultura afectam as atitudes face à deficiência mental. Neste sentido, verificam-se diferenças fundamentais nas atitudes face à deficiência mental entre a Cultura Ocidental e a Cultura do Médio Oriente, na medida em que a Cultura

Ocidental valoriza o processo de reabilitação da pessoa com deficiência e tem em conta toda a vida da pessoa, independentemente da idade, do sexo e classe social, dando valor à própria pessoa e às suas capacidades. Por outro lado, na Cultura do Médio Oriente, o indivíduo é menos valorizado e há um menor interesse sobre a sua deficiência, sendo o processo de reabilitação praticamente nulo; nesta cultura, baseada na religião, a deficiência é vista como uma punição dos céus (Aminidav e Weller, 1995).

Poder-se-á dizer que as atitudes da população dita normal face à população com deficiência determinam, em grande parte, o sucesso do processo de reabilitação, na medida em que este é marcado não só pelas capacidades do indivíduo, mas também pela atitude de aceitação dos outros.

Segundo Figueira (1995), não adianta reabilitar o indivíduo física, intelectual e profissionalmente, se a sua imagem não for recuperada perante a sociedade, para que a mesma o aceite naturalmente.

A desinformação contribui para que as pessoas tenham, a respeito da população com deficiência mental, algumas destas visões: são tristes e patéticos, destinados a uma vida trágica e a trazer tristeza a todos os que os conhecem; são eternas crianças, incapazes de crescer e de se desenvolver além da compreensão e da dependência infantis; são "doentes" que precisam de supervisão médica; são "loucos", destituídos de razão; são anormalmente fortes e sexualmente perigosos (Figueira, 1995).

No entanto, actualmente, caminha-se para uma maior consciencialização e sensibilização sobre esta questão, o que se reflecte na tendência para a integração, desinstitucionalização e normalização, manifestada através de atitudes mais positivas face à população com deficiência.

Thomas (1978; cit. Pires, 1997) refere que se há evidência de que a atitude perante a pessoa com deficiência se tornou mais humana, talvez porque as atitudes originalmente negativas tenham sido resultado da ignorância e desinformação que gradualmente foi sendo modificada, quer pela educação, quer por fontes de informação.

Recentemente, a perspectiva dos direitos e da igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência tem-se destaca-

do, nomeadamente através da publicação de alguns documentos de âmbito internacional. Entre outros, assumem particular relevância as "Normas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência", adoptadas em 1993 pela ONU e pelos Estados-membros, que definem os conceitos fundamentais numa política relativa à deficiência (Nações Unidas, 1993).

Apontam entre as áreas fundamentais para a igualdade de participação das pessoas com deficiência, a que se refere à "Vida Familiar e Dignidade Pessoal", descrita na norma 9 do referido documento. Assim, de acordo com estas directrizes: *"Os Estados devem promover a plena participação das pessoas na vida em família. Devem promover o seu direito à dignidade pessoal e garantir que a legislação não estabeleça discriminações contras as pessoas com deficiência no que se refere a relações sexuais, casamento e poder paternal"* (Cadernos SNR, nº 3, 1995, p. 30).

3 - ATITUDES FACE À SEXUALIDADE

Na sequência da reflexão sobre o conceito de atitude, analisemos, agora, as atitudes pessoais em relação à sexualidade.

Já referenciamos que os indivíduos situados na fase do ciclo vital da adolescência atribuem particular importância às mudanças ocorridas no seu corpo e à aprendizagem sexual, as quais são vivenciadas segundo os valores culturais da sociedade a que pertencem.

As implicações psico-sexuais das mudanças produzidas durante a adolescência colocam o adolescente, segundo López e Fuertes (1999), face à existência de determinados estereótipos de beleza e destreza corporal, sobre os quais parece existir um enorme consenso dentro da nossa cultura.

Assim, estes autores apontam para a existência de atitudes positivas ou negativas face a estes estereótipos sexuais (em relação ao género e aos comportamentos para determinadas idades), perante os quais o adolescente não pode ficar indiferente.

De acordo com estes autores, existem dois pólos de posicionamento na questão das atitudes pessoais em relação à sexualidade: a atitude conservadora e a atitude liberal. Se bem que preconizem posições distintas, podem surgir mudanças nestes posicionamentos, quer ao longo da vida, quer em termos histórico-

sociais.

A atitude conservadora, assenta numa visão da sexualidade que tem por base um modelo que privilegia a vertente reprodutiva. *"Como corolário do referido 'modelo' temos o duplo padrão de moral sexual e a dicotomização dos papéis psico-socio-sexuais, segundo a qual o homem deve ser activo e a mulher deve ser passiva, o que pode provocar disfunções relacionais e/ou sexuais."* (Allen, 1995, p. 13). Quem mostra "cumplicidade" por esta atitude, mantém opiniões contraditórias por temas socialmente polémicos, nomeadamente o aborto, as relações pré-conjugais, homossexualidade e bissexualidade, masturbação, direito da sexualidade dos indivíduos com deficiência, entre outros.

Os defensores da atitude conservadora adoptam, normalmente, posições muito claras em relação aos aspectos morais: *"(...) costumam considerar como legítimos apenas os comportamentos que, tendo lugar dentro do casamento, estão directa ou indirectamente orientados para a reprodução"* (López e Fuertes, 1999, p. 30) e à temática da Educação Sexual: *"(...) hoje em dia, salvo em casos muito isolados, admitem que deve haver educação sexual sempre que esta seja orientada para o amor, entendida como uma educação para o casamento e insistindo em temas referentes à reprodução, ao cuidado dos filhos, à família, etc."* (ibidem, p. 30).

A atitude liberal, caracteriza-se por uma visão da sexualidade que não se circunscreve ao reducionismo da reprodução, incluindo, por isso, outras importantes valências da sexualidade: o prazer, a afectividade, a comunicação, etc., tão relevantes para o indivíduo ou para uma relação entre duas pessoas.

Desta forma, os que defendem a atitude liberal *"(...) mostram-se partidários de uma maior liberalização das leis e dos costumes sociais"* (ibidem, p. 33), reconhecendo a necessidade imperativa de um trabalho sistemático de investigação da sexualidade e de uma Educação Sexual integral. Neste âmbito *"(...) mais do que transmitir formalmente saber, trata-se de, com os destinatários e levando em consideração as suas características e necessidades, ir construindo programas através dos quais, a par da aquisição de um conjunto de conhecimentos pertinentes, sejam abordados dinamicamente atitudes, valores, opiniões e comportamentos relativos à sexualidade"* (Marques, 1995, p. 90).

Após a reflexão sobre os dois padrões de atitudes que condicionam, indubitavelmente, os nossos gestos, palavras, pensamentos, sentimentos e comportamentos (López e Fuertes, 1999, p. 35), podemos acrescentar que do ponto de vista da sexualidade se pode falar de "(...) *duas tipologias básicas que definem a forma de sentir, pensar e viver a sexualidade*" (ibidem, p. 35).

A este propósito, López e Fuertes (1999, pp. 35-36), baseando-se nos estudos de Fischer et al. (1988), explicam que essas duas tipologias "(...) *foram denominadas, em referência ao seu traço predominante, de erotofilia e erotofobia*", acrescentando que representam extremos de uma atitude ou traço de personalidade, com relativa estabilidade, fazendo referência à forma como as pessoas reagem perante os estímulos sexuais. Ao considerar-se esta reacção situada ao longo do continuum erotofilia-erotofobia, ela é definida, pelos próprios autores, como "(...) *uma tendência para avaliar e responder aos estímulos sexuais com um grau previsível mais ou menos positivo ou negativo de afecto*" (ibidem, p. 36), sendo o grau de erotofilia-erotofobia "(...) *resultado das ideias recebidas, os modelos observados e as experiências acumuladas ao longo da vida*" (ibidem, p. 36).

Neste contexto, as atitudes erotofóbicas assumem uma reacção negativista ou menos positiva aos estímulos sexuais, evitando a actividade sexual. Contrariamente, a atitude erotofílica promove uma atitude positiva e confortável, face às diferentes expressões da sexualidade no percurso da vida, nomeadamente em relação ao corpo, à identidade sexual e aos comportamentos sexuais em geral.

4 - ATITUDES FACE À AFECTIVIDADE E SEXUALIDADE DO JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL

A problemática sexual na deficiência, mais especialmente no indivíduo com atraso mental, tem sido e constitui ainda uma área em que inúmeras restrições têm sido colocadas. Uma das maiores restrições tem a ver com a sua vida sexual, negando-se o direito ao indivíduo com deficiência mental da realização de uma vida afectiva e sexual e chegando mesmo a ser visto como um ser assexuado.

Uma concepção de atraso mental reduzida a algo de origem

constitucional e essencialmente incurável, a condições físicas ou psicológicas imutáveis, confinada apenas a determinações de Q.I. e presumindo à partida a impossibilidade da pessoa com deficiência mental vir a adquirir toda uma gama de comportamentos adaptativos, assim como uma concepção de sexualidade limitada apenas ao aspecto genital e à procriação, estão relacionadas com esta atitude de recusa (Ramos e Serrano, 1985, p. 151).

Esta forma de encarar o problema, de ver o handicap intelectual necessariamente correlacionado com o handicap social, não valorizando as enormes diferenças que existem entre os que são incluídos e designados por deficientes mentais e as habilidades sociais ou adaptativas destes, têm impedido ou dificultado a esta população o acesso a alguns direitos, nomeadamente o direito a uma vida sexual, confinado este ao estatuto de adulto (ibidem, p. 151).

A tendência social para ver a pessoa com deficiência mental mais como uma criança do que com características de adulto, faz com que se lhe atribua o estatuto de criança e, da mesma forma que as crianças são vistas como seres assexuados, também os adultos com deficiência mental são vistos como tal.

É necessário para o cidadão com deficiência mental provar que é produtivo no trabalho e socialmente responsável para poder atingir o estatuto de adulto, estatuto que carrega consigo a permissão de tomar parte na actividade sexual.

Morgenstern (1980), citado por Ramos e Serrano (1985, p. 152), define três principais categorias de atitudes sociais que influenciam significativamente a vida sexual nesta população.

A primeira, a que chama:

SUB-HUMANA - Envolve um distanciamento e marginalização da população com deficiência mental, sendo separados da população normal em instituições, isolados de quaisquer contactos com modelos apropriados, em instituições onde são vistos como seres assexuados e onde a privacidade não existe ou é constantemente violada.

Uma segunda, a que chama:

A CRIANÇA INOCENTE - O adulto com deficiência mental é visto como a eterna criança, sendo esta atitude geralmente acompanhada com um paternalismo e uma negação total da sua sexu-

alidade, já que é considerado como uma criança e a atitude social delineada em relação a estas é que são seres assexuados com direitos limitados.

A terceira, a que chama :

DESENVOLVIMENTO PESSOAL - Se uma certa liberdade e alguma experiência é permitida, a experiência sexual é desaprovada, com medo que produzam igualmente filhos com deficiência mental, ou que sejam incapazes de cuidar de algum filho que possa resultar da actividade sexual.

De tudo isto, resulta uma atitude em ignorar todo o comportamento que manifeste as suas necessidades afectivas e sexuais, assim como a dificuldade e proibição de contactos heterossexuais.

Kempton (1983) observou quatro possíveis atitudes perante a sexualidade do indivíduo com deficiência mental: eliminá-la, tolerá-la, aceitá-la e cultivá-la.

Lee (1980) in Ramos e Serrano (1985, p. 153) coloca a questão:

"Porque deve a sociedade restringir o direito da pessoa a participar na actividade sexual, com base na avaliação do seu quociente intelectual?"

O acreditar que estes indivíduos não serão capazes de atingir determinado nível intelectual, não conduz necessariamente a acreditar que eles não poderão adquirir todo um conjunto de aptidões sociais, de comportamentos adaptativos e que não serão capazes de participar numa relação com sucesso, seja ela a curto ou a longo prazo.

No quotidiano, verificamos que as pessoas com deficiência mental são capazes de formar e manter relações de amizade e afectividade com outros, e que essas relações são tão importantes para elas como as relações de amizade e afecto entre as pessoas sem deficiência.

Verificamos, ainda, que o comportamento exibido em tais relações pela pessoa com deficiência mental não é significativamente diferente do comportamento das pessoas que não têm deficiência.

Como refere Duplay (1977), *"não há diferenças específicas entre a sexualidade dos deficientes mentais e dos outros seres humanos: todos somos mais ou menos deficientes. Não há uma sexualidade perfeita, nem completa mas um caminho da personalidade sexuada para um enriquecimento das suas estruturas próprias: intelectuais e orgânicas"*.

O indivíduo com deficiência mental é capaz de desenvolver atributos específicos da nossa espécie e ir de encontro à satisfação das suas necessidades básicas, como qualquer indivíduo. Segundo Gherpelli (1995, in Pereira, 1997), a sexualidade é uma dessas necessidades, porém com uma agravante: os mecanismos fisiológicos de resolução contrariam, por vezes, as normas estabelecidas pela sociedade. E, como seres sociais, temos que aprender a resolver esse conflito, adequando os impulsos às regras vigentes.

É nesta dualidade que reside o desafio da orientação sexual para o indivíduo com deficiência mental, pois a nível físico e biológico não apresenta diferenças significativas na área sexual. O mesmo não se verifica ao nível dos aspectos psico-afectivos e do seu contexto social, pois a diminuição da sua capacidade intelectual e adaptativa afecta a forma como vivenciam a sua sexualidade (Pereira, 1997).

Parece-nos que a atitude de recusa e descrédito em relação a esta temática, se deve ao desconhecimento e incompreensão face a esta realidade. As investigações neste campo têm sido escassas, devido a dificuldades metodológicas, no que diz respeito à avaliação de conhecimentos sobre este assunto.

4.1 - Atitudes dos Pais

Alguns estudos significativos

É igualmente importante compreender a deficiência mental e a sexualidade dentro da dinâmica familiar, e perceber como a família interage com os filhos neste contexto.

Segundo Dias *et al.* (1995), conversar com os pais e conhecer algumas das suas posições relativas à deficiência mental e à sexualidade, facilitaria o processo de abertura ao diálogo e representaria um avanço no tratamento desses dois temas controver-

sos.

Sabemos já que a maioria das atitudes dos pais perante a sexualidade dos seus filhos com deficiência mental está ligada à imagem de eternas crianças que têm deles. Por outro lado, a maneira como a sociedade encararia uma permissividade nesta área também condiciona o modo de agir dos pais, assim como a falta de apoio que sentem dos diversos sectores que trabalham com os seus filhos e por vezes da família mais alargada.

Reiss (1967) salienta o facto de as pessoas que têm um papel de responsabilidade, nomeadamente os pais, face ao jovem com deficiência mental, diminuírem sempre a sua permissividade em relação às questões de sexualidade.

Goodman, Budner e Lesh (1971, cit. Aizpurua, 1984) entrevistaram os pais de 15 jovens com deficiência mental ligeira e chegaram às seguintes conclusões: os pais esforçavam-se muito pouco ou mesmo nada para facilitar informação sexual aos seus filhos, com medo de despertar ou intensificar o seu interesse pela sexualidade; manifestavam uma forte ansiedade pelos perigos a que os seus filhos estavam expostos neste campo. Os pais possuíam, em geral, conhecimentos muito limitados da função sexual e consideravam-se insuficientemente preparados para fornecer aos seus filhos informação sobre questões sexuais; no entanto, manifestavam muita preocupação e mostravam-se disponíveis para participar num programa de Educação Sexual com os seus filhos.

Alcorn (1974), pretendia saber quais as atitudes dos pais em relação ao comportamento sexual dos seus filhos e sobre uma eventual educação sexual dos mesmos. Entre os resultados obtidos, podemos salientar que 80% dos pais consideravam que a responsabilidade de fornecer educação sexual é primordialmente da família; 60% não compartilhava da ideia de que seria melhor evitar a educação sexual; por último, 75% dos pais consideravam que os seus filhos não manifestavam nenhum desejo de se casarem.

As conclusões principais de Dupras e Tremblay (1975), de um estudo que visava medir a maior ou menor aceitação de diversos comportamentos sexuais dos seus filhos com deficiência, foram as seguintes: os pais estavam a favor da normalização sexual dos seus filhos, mas as atitudes dos pais fomentavam a dessexualiza-

ção. Para além disso, os pais transmitiam aos seus filhos informações sexuais incompletas e insuficientes.

Igualmente, a partir de um inquérito levado a cabo em Paris, em 1978 pelo S.N.A.P.E.I. (Syndicat National des Associations de Parents D'Enfants Inadaptés) a adolescentes e adultos com deficiência mental de ambos os sexos, a pais, a elementos do meio ambiente e a profissionais, concluiu-se o seguinte:

A respeito do problema de tratar-se de sexualidade com os jovens com deficiência mental, os pais são os que colocam mais restrições a que se fale neste assunto aos seus filhos, reduzindo a maioria a informação só aos indivíduos classificados como médios em termos de Q.I.

O grupo dos profissionais são os mais abertos a que se fale do problema para todos eles, qualquer que seja a gravidade do seu handicap.

Ainda sobre aspectos da sexualidade na população com deficiência mental, outros estudos foram levados a cabo, nomeadamente por Bascou (1973), Verde (1979), Ramos (1984), tendo-se verificado, em toda a recolha de opiniões, que a questão que levanta mais problemas é a que se prende com as consequências da actividade sexual, especificamente a vinda de filhos. Os entrevistados deste estudo (pais, técnicos e elementos do meio) invocam a argumentação de que um indivíduo com deficiência mental pode gerar outro com as mesmas limitações e não ser capaz de cuidar de um filho.

Através de um outro estudo realizado por Bambrick e Roberts (1991) sobre a atitude dos pais face à esterilização das pessoas com deficiência mental, foi possível concluir que mais de 50% dos pais consideram importante a esterilização para os seus filhos com deficiência mental, e a maioria sente que eles próprios têm o direito de a consentir pelos filhos. Estas considerações, segundo os autores, são derivadas da ansiedade e pressão social sentida pelos pais.

Martins (1995), desenvolveu um modelo de intervenção a partir da análise de atitudes de técnicos, dos pais e dos próprios jovens com deficiência mental, face à dimensão afectivo-sexual nas pessoas com deficiência.

Relativamente aos pais, o autor constatou que a maioria se preocupava com as manifestações sexuais dos seus filhos, sem saberem como actuar face a esses comportamentos. Outros, face

à expressão afectiva dos seus filhos, adoptavam uma atitude punitiva e repressiva dessas relações que espontaneamente surgiam. Por outro lado, era evidente um certo silêncio cúmplice e preconceituoso em relação a determinados comportamentos sexuais verificados nos seus filhos.

Através de um estudo realizado por Dias et al. (1995) sobre a perspectiva de algumas mães acerca da sexualidade dos seus filhos com deficiência, foi possível concluir que as questões relativas ao binómio sexualidade/deficiência se revelam como um drama para as famílias. Os dados para este estudo foram obtidos a partir de relatos de mães de adolescentes e de jovens adultos com deficiência mental.

Constatou-se que as relações afectivo-sexuais de pessoas com deficiência são vistas pelas mães como algo abstracto e quase impossível de ser viabilizado pelos caminhos que seguem as ditas normais.

De um modo geral, os dados obtidos por entrevistas semi-estruturadas, revelam o seguinte: as mães mostram descrédito quanto à possibilidade dos seus filhos ou de outros jovens com deficiência serem independentes em vários níveis; apresentam a visão da sexualidade como sinónimo de genitalidade; vêem o relacionamento sexual como dirigido primordialmente à procriação; não acreditam que o filho possa gerar e manifestar afectos; verbalizam falta de orientação quanto à sexualidade dos indivíduos com deficiência mental; apresentam anseio de transferência de responsabilidade nos casamentos de um indivíduo com deficiência mental com um indivíduo dito normal, ou medo de dupla responsabilidade na união de dois indivíduos com deficiência mental.

O estudo realizado por Mercier, Delville e Collignon (cit. Delville, e Mercier, 1997), teve como objectivo estudar as atitudes e opiniões de pais e educadores face à vida afectiva e sexual da pessoa com deficiência mental. Segundo os autores, a vida afectiva e a sexualidade desta população constitui uma preocupação importante para aqueles que se preocupam com o bem estar psicológico e social destas pessoas.

O objectivo consistiu em comparar a atitude dos educadores, a atitude dos pais quanto aos jovens com deficiência mental na generalidade, e a atitude dos pais quanto ao seu próprio filho, em

relação às seguintes questões: se sente desejo de contacto físico, sedução, relações sexuais, casamento e ter filhos; relações afectivas e sexualidade; contracepção; homossexualidade e educação sexual.

Examinando a atitude dos pais em relação à população com deficiência mental em geral, constata-se que o desejo de contacto físico, de sedução e de ter relações sexuais é largamente reconhecido; por outro lado, o desejo de casar e ter filhos é menos acentuado. Para os pais, o desejo de contacto físico é reconhecido em relação quer aos próprios filhos, quer às pessoas com deficiência mental no geral. No entanto, a atitude altera-se quando se trata do desejo de ter relações sexuais, casar e ter filhos, na medida em que não é muito reconhecido em relação aos próprios filhos.

No domínio das relações afectivas e sexuais, os pais afirmam que na população com deficiência mental predomina a afectividade sobre a sexualidade.

Em relação ao melhor modo de contracepção para os adultos com deficiência mental, a maioria dos pais refere a esterilização como o melhor método a adoptar.

No que se refere à homossexualidade, esta é referida como igualmente frequente na população com deficiência mental e sem deficiência.

Por fim, e no domínio da Educação Sexual, a maioria dos pais refere que esta é necessária para a população com deficiência mental com a mesma intensidade que para a população sem deficiência.

Podemos então resumir algumas atitudes dos pais:

- De um modo geral, os pais manifestam atitudes de tolerância perante a normalização e os direitos humanos das pessoas com deficiência, quando estes são enunciados como princípios gerais.

- No entanto, aceitam menos esses princípios quando se referem em específico aos seus filhos.

- Os pais tendem a não aplicar esses princípios à situação concreta, manifestando atitudes super-protectoras e dessexualizadoras.

- As razões de intolerância parecem residir na falta de informação e ansiedade perante possíveis abusos sexuais.

4.2 - Atitudes dos Técnicos

Alguns estudos significativos

No âmbito da educação sexual e aconselhamento no domínio afectivo/sexual, os técnicos sentem-se muitas vezes condicionados pela própria política da instituição, ou inexistência desta, no que se refere a estes aspectos. A falta de regras explícitas leva-os a agirem de acordo com as suas próprias ideias e atitudes.

Meyen e Retish (1971) centraram o seu estudo em 42 técnicos que trabalhavam com indivíduos com deficiência mental ligeira e a sua principal conclusão foi que a tendência ao conservadorismo manifestado se devia à percepção da responsabilidade que lhes era delegada no que respeitava à educação sexual do indivíduo com deficiência mental.

Deisher (1973 in Johnson, Davies, 1989) realizou um estudo sobre as atitudes dos técnicos chegando às seguintes conclusões: verifica-se a falta de uma normativa clara no que se refere à actividade afectivo-sexual que se deve permitir nas instituições e ainda que as atitudes dos técnicos são um reflexo das suas próprias ideias e valores.

Mitchell, Doctor e Butler (1978 in Adams *et al.*, 1982) realizaram um estudo, cujo objectivo consistia na observação das atitudes dos técnicos em residências para indivíduos com deficiência mental (na sua maioria moderados), tendo chegado às seguintes conclusões: apesar de uma grande parte dos técnicos considerar a educação sexual útil, preferiam não se envolver neste assunto; revelaram não aceitar qualquer tipo de comportamento sexual, incluindo o mero contacto físico. Isto implica que as pessoas que poderiam desenvolver programas de educação sexual (os técnicos) apresentam posições extremamente conservadoras no que se refere à sexualidade e afectividade da pessoa com deficiência mental.

Por outro lado, Walter (1980) concluiu do seu estudo que os técnicos que trabalham nas residências são bastantes mais tolerantes do que se pensava no que respeita à expressão afectivo-sexual dos residentes, sendo para ele mais surpreendente a discrepância entre a atitude de tolerância da maioria do pessoal e a realidade concreta das residências vocacionadas para a população com deficiência mental.

Através de um estudo realizado por Giami e D' Allones (1984 in Glat, 1989) sobre as representações dos pais e educadores acerca da sexualidade de jovens com deficiência mental, foi possível concluir que os educadores encaravam a sexualidade destes jovens como "selvagem", constituída por práticas "masturbatórias, voyeristas, exibicionistas, homossexuais e condutas agressivas".

Mais tarde Giami (1987) realizou novo estudo, no qual a sexualidade dos indivíduos com deficiência mental é descrita pelos profissionais envolvidos na educação especial como "primitiva e incompleta em relação ao modelo genital". Os técnicos relatam como característico da sexualidade desta população a actividade masturbatória (individual e colectiva), o exibicionismo, voyerismo, comportamento agressivo e homossexual.

Relativamente à implementação de medidas institucionais regulamentares, os profissionais revelam que gostariam de adoptar atitudes permissivas, invocando o direito que as pessoas com deficiência mental têm à sua vida afectiva e sexual. No entanto, a ansiedade que sentem quando confrontados com uma forma de sexualidade que vêem como "primitiva" e o desejo das famílias, que ocupam alguma posição de poder dentro das instituições, conduzem-nos a adoptar atitudes repressivas em relação aos comportamentos afectivo-sexuais dos indivíduos com deficiência mental.

Brantlinger (1987) salienta o facto de muitos técnicos temerem a reacção dos pais ao saberem que na instituição são permitidas expressões afectivo-sexuais ou comportamentos sexuais, sendo a atitude mais fácil a negação da sexualidade dos jovens com deficiência. Estes são isolados dos companheiros do sexo oposto, não lhes é dada privacidade, são fortemente supervisionados e qualquer manifestação é imediatamente punida. O autor refere ainda que, apesar de algumas facetas da vida da pessoa com deficiência mental estarem já bastante normalizadas, a supervisão continua a ser restritiva e repressiva na área da expressão afectivo-sexual.

Johnson e Davies (1989) realizaram um estudo, onde se procurava avaliar se as atitudes dos técnicos variavam em função de se tratar de pessoas com deficiência mental ou pessoas sem deficiência. Concluiu-se que as diferenças nas atitudes sexuais em relação aos dois grupos não eram estatisticamente significativas. Apresentavam uma atitude mais liberal em relação ao aborto na população com deficiência mental, considerando-o preferível a

levar a cabo uma gravidez. Alguns técnicos demonstraram um sentimento de inadequação em lidar com assuntos afectivo-sexuais, sentindo-se pouco à vontade e considerando que os valores da pessoa com deficiência mental entravam em conflito com os seus próprios valores.

Noutro estudo (Johnson e Davies, 1989) destinado a recolher as opiniões dos técnicos e dos jovens com deficiência mental, obtiveram-se as seguintes conclusões: enquanto que a maioria dos técnicos defendem que os indivíduos com deficiência mental são sexualmente activos e estabelecem relações afectivas e sexuais uns com os outros, os indivíduos com deficiência mental entrevistados afirmam que os técnicos os impediam activamente de estabelecer essas relações. Ainda de acordo com as entrevistas realizadas aos técnicos, concluiu-se que estes consideravam que eram os pais que assumiam uma atitude conservadora em relação aos filhos com deficiência mental, evitando que estes fossem sexualmente activos.

No estudo realizado por António Martins (1995) em que se procurou observar os comportamentos verbais e não verbais, reveladores de atitudes face à temática da afectividade e sexualidade na deficiência mental, chegou-se às seguintes conclusões: existência de uma ausência de informação sobre aspectos do desenvolvimento psico-sexual na criança e no adolescente; atitudes preconceituadas face às expressões afectivo-sexuais evidenciadas por estes jovens; incapacidade em avaliar adequadamente o valor e funcionalidade dos comportamentos exibidos pelos jovens; dificuldades no auto-conhecimento dos seus comportamentos verbais expressos e outras atitudes verbalmente não expressas, e uma grande insegurança na forma de intervir face às diversas manifestações afectivo-sexuais observadas nos jovens com deficiência mental.

Destes estudos, conclui-se que os técnicos que trabalham nas instituições são os responsáveis por qualquer normativa afectivo-sexual, agindo de acordo com os seus valores e atitudes face à afectividade e sexualidade dos jovens com deficiência mental.

II PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I

OBJECTIVOS E METODOLOGIA

1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Na medida em que os pais têm um papel importante na educação dos filhos e as suas atitudes são muito importantes para o seu desenvolvimento aos vários níveis, sendo a dimensão afectiva e sexual uma das mais importantes, este estudo tem como um dos objectivos a reflexão sobre as atitudes dos pais relativamente à afectividade e sexualidade das suas filhas com deficiência mental.

Constitui igualmente preocupação para os técnicos que trabalham com a população com deficiência a dimensão afectiva e sexual dos jovens com deficiência mental. Os técnicos têm também um papel relevante na educação destes, as suas atitudes são igualmente significativas para o desenvolvimento do cidadão com deficiência mental.

Assim, este estudo tem também como objectivo a reflexão sobre as atitudes dos técnicos, de acordo com a sua formação profissional, relativamente à dimensão afectiva e sexual nas pessoas com deficiência mental.

Nesta linha, foram equacionados alguns objectivos específicos:

A - Conhecer as atitudes dos pais de jovens com deficiência mental face à afectividade e sexualidade das suas filhas.

Através dos resultados obtidos junto desta população, pretende-se verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos pais, tendo em conta o sexo, idade, profissão e habilitações destes.

B - Conhecer as atitudes dos técnicos face à afectividade e sexualidade das jovens com deficiência mental.

Através dos resultados obtidos junto desta população, pretende-se verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos técnicos, tendo em conta a sua formação profissional e actividade/experiência profissional desenvolvida na área da deficiência.

C - Sendo o nosso estudo constituído por dois grupos diferenciados, procuramos verificar se existem diferenças significativas, entre as duas populações, face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental.

2. METODOLOGIA

Nesta parte do capítulo, passamos a descrever os métodos e técnicas utilizados e a estratégia adoptada para levar a cabo o trabalho de investigação. Dados os objectivos que nos propomos e a escassez de estudos neste campo, designadamente em Portugal, pretendemos realizar um estudo comparativo.

2.1. Hipóteses

As hipóteses a investigar no decurso do presente estudo encontram a sua fundamentação na análise e conhecimentos fornecidos pela literatura especializada referida na I Parte. São as seguintes:

Pressuposto geral: Verificam-se diferenças significativas nas atitudes dos pais e técnicos relativamente à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental.

Tendo em conta o pressuposto geral (que coincide com o objectivo da investigação) e tendo em conta as dimensões do estudo que nos propusemos analisar, formulamos outras hipóteses operacionais:

Hipótese 1 - Verificam-se diferenças significativas entre as atitudes dos pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "atitudes face à sexualidade".

Hipótese 2 - Verificam-se diferenças significativas entre as atitudes dos pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "desenvolvimento psico-afectivo e sexual".

Hipótese 3 - Verificam-se diferenças significativas entre as atitudes dos pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "educação sexual".

Hipótese 4 - Verificam-se diferenças significativas entre as atitudes dos pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "abuso sexual".

Hipótese 5 - Verificam-se diferenças significativas entre as atitudes dos pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "autonomia/responsabilidade".

Hipótese 6 - Verificam-se diferenças significativas entre as atitudes dos pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "pressão social/estigmatização".

Após a definição dos objectivos e hipóteses, passamos a descrever de forma sumária a caracterização dos grupos de estudo.

2.2. Caracterização dos Grupos de Estudo

O conjunto de sujeitos do nosso estudo é constituído por dois grupos diferenciados, de pais e de técnicos, que perfazem um total de 136 indivíduos. O grupo de estudo de pais é constituído por 51 pais de jovens com deficiência mental do sexo feminino, provenientes de várias instituições, tais como:

- Jovens seguidas nas consultas de ginecologia para deficientes e obstetrícia de risco social, numa unidade de saúde materno-infantil de Coimbra. O facto desta população ser exclusivamente feminina determinou a escolha de jovens do sexo feminino neste estudo.

- Jovens que frequentavam 3 instituições de Ensino Especial do distrito de Coimbra.

- Jovens que frequentavam uma instituição de Ensino Especial da área urbana de Lisboa.

Convém referir ainda que dos 51 pais deste estudo, 40 (78,4%) provêm do distrito de Coimbra e apenas 11 (11,6%) da área urbana de Lisboa.

Relativamente aos técnicos, este grupo de estudo é constituído por 85 técnicos de diferente formação profissional, provenientes do distrito de Coimbra, tendo sido utilizado como critério de selecção o facto de desenvolverem a sua actividade profissional em contacto directo com jovens com deficiência mental.

Na análise dos dados obtidos, e ainda de acordo com o objectivo deste estudo, optámos por subdividir o grupo de técnicos de acordo com as respectivas categorias profissionais.

No grupo de estudo A, consideramos o grupo profissional constituído por: psicólogos, psiquiatras, pedo-psiquiatras, assistentes sociais, professores e educadores do ensino especial.

No grupo de estudo B, consideramos o grupo profissional constituído por: médicos (obstetras e fisiatras), enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e técnicos de motricidade.

Esta diferenciação teve como objectivo o estudo comparativo entre os técnicos da área psico-social e pedagógica, relativamente aos técnicos vocacionados para a área da medicina física e reabilitação.

Os critérios que estiveram na base da selecção dos grupos de estudo foram:

- Sexo

Definiu-se ser limitado o estudo ao sexo feminino, visto que a população da unidade de saúde materno-infantil era exclusivamente feminina.

- Idade das jovens

Situa-se entre os 15 e os 25 anos, sendo a média de idades de 20 anos.

- Proporcionalidade no que respeita à variável sexo dos pais

Não foi possível respeitá-lo no grupo de estudo seleccionado, pois inquirimos 35 mães e 16 pais; tal ficou a dever-se ao facto de serem as mães que, preferencialmente, acompanham os filhos na deslocação às instituições educativas ou de saúde (consultas, exames médicos, etc.).

- Proporcionalidade no que respeita à variável sexo dos técnicos

Também neste grupo de estudo, encontramos um número inferior de técnicos do sexo masculino (35), relativamente ao sexo feminino (50). Esta foi uma constatação generalizada nas várias instituições onde desenvolvemos o estudo, já que as equipas técnicas são maioritariamente constituídas por elementos do sexo feminino.

- Características das Instituições

Constituiu também critério de selecção dos grupos de estudo, as características comuns entre as instituições de Ensino

Especial, todas vocacionados ao apoio de crianças e jovens com deficiência mental.

As instituições de Ensino Especial do distrito de Coimbra dispõem de várias valências: sócio-educativa, ocupacional e pré-profissional, enquanto que a instituição da área de Lisboa tem uma vertente predominantemente sócio-educativa.

2.3. Instrumentos utilizados

Os dados que serviram de base ao nosso estudo foram obtidos através de dois questionários (Anexos 1 e 2) aplicados, respectivamente, a pais de jovens com deficiência mental e técnicos de formação profissional diferenciada, a exercerem a sua actividade na área da deficiência mental.

Utilizamos o questionário como instrumento de investigação por nos parecer mais adequado a este tipo de estudo. Os questionários foram elaborados especificamente para este estudo, tendo em conta os objectivos enunciados e com base na informação recolhida em consultas bibliográficas e estudos realizados anteriormente sobre o tema.

A construção do questionário desenvolveu-se essencialmente em 3 fases: na primeira, procedemos ao levantamento da informação relevante sobre o tema. Seguidamente, construímos um pré-questionário, que foi submetido a um pré-teste, tendo sido aplicado a 6 técnicos e 4 pais que não vieram a integrar o grupo de estudo; o seu objectivo era desenvolver os procedimentos de aplicação do instrumento de pesquisa, de forma a que pudesse ser utilizado de modo eficiente, testar a sua inteligibilidade, facilidade de resposta e tempo despendido no seu preenchimento. Dado que não se verificaram dificuldades no seu preenchimento, procedeu-se à sua aplicação.

Tendo por base o pré-teste definiram-se as dimensões relevantes a estudar, e foi construído um questionário de questões abertas e fechadas, onde era pedido que comentassem a resposta, com vista a averiguar as razões da escolha da mesma.

O questionário é então constituído por 25 questões, ordenadas através de uma escala ordinal, no caso das respostas fechadas, e nominal no caso das questões abertas. Para cada item existem 5 respostas possíveis: discordo totalmente, codificado com 1, discordo, codificado com 2, não concordo nem discordo, codificado com 3, concordo, codificado com 4 e concordo totalmente, codificado com 5.

Integramos também questões abertas, porque consideramos que é difícil medir ou avaliar apenas quantitativamente tudo o que se refere a questões, como atitudes, crenças ou representações sociais.

No Quadro 2 apresenta-se as dimensões a analisar, de acordo com os objectivos do estudo, assim como a estrutura dos questionários.

Quadro 2
Dimensões do questionário

Dimensões	Questões*	Itens
Atitudes perante a sexualidade	- Necessito de encontrar formas de debater as questões da sexualidade com a minha filha/ a jovem com deficiência mental.	1
	- Reconheço e aceito a sexualidade como uma dimensão importante da vida de todo o ser humano.	2
	- Conheço as diferentes funções que pode ter a sexualidade: afecto; comunicação; prazer e reprodução.	3a);3b);3c);3d)
	- Preocupa-me falar sobre a sexualidade com a minha filha/ a jovem com deficiência mental.	4
Informação/Educação sexual	- Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre os diferentes aspectos da sexualidade.	5
	- Necessito de adquirir ou melhorar informação que tenho sobre a sexualidade das jovens com deficiência mental.	6
	- Considero importante que os jovens com deficiência mental tenham informação no âmbito da educação sexual.	13
Desenvolvimento Psico-afectivo e sexual	- Considero a minha filha/ a jovem com deficiência mental mais infantil (imatura) do que as jovens da sua idade, sob o ponto de vista das relações afectivas e sexuais.	7
	- A minha filha/ a jovem com deficiência mental não tem capacidade para estabelecer uma relação afectiva estável.	8
	- A minha filha/ a jovem com deficiência mental não tem capacidade para estabelecer uma relação sexual estável.	9
	- Preocupa-me o facto da minha filha/ a jovem com deficiência mental não ser capaz de controlar os seus impulsos sexuais.	10
	- Se a minha filha/ a jovem com deficiência mental manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	14
	- Se a minha filha/ a jovem com deficiência mental manifestasse desejo, aprovaria a sua relação com alguém do mesmo sexo.	15

* A questão n.º 25 não é apresentada, porque não se integra em nenhuma das dimensões.

Abuso sexual	- O facto destas jovens manifestarem interesse pelas questões relacionadas com a sexualidade pode torná-las mais facilmente vítimas de abusos sexuais.	11
	- As jovens com deficiência são mais frequentemente vítimas de abuso sexual do que as jovens sem deficiência.	12
	- A minha filha/ a jovem com deficiência mental tem capacidade para distinguir as boas e más intenções dos outros.	16
	- A minha filha/ a jovem com deficiência mental tem capacidade para, em caso de necessidade, agir em sua autodefesa.	17
Autonomia/ responsabilidade	- A minha filha/ a jovem com deficiência mental é capaz de tomar decisões sobre a sua própria vida.	18
	- A minha filha/a jovem com deficiência mental é capaz de responsabilizar-se pelos seus próprios actos.	19
	- Aceitaria a ideia da minha filha/ a jovem com deficiência mental poder vir a casar.	20
	- Aceitaria a ideia da minha filha/ a jovem com deficiência mental poder vir a ter filhos.	21
	- Reconheço que a minha filha/ a jovem com deficiência mental tem competência para cuidar de uma criança.	22
Pressão social/estigmatização	- Ao nível da sexualidade, a minha filha/ a jovem com deficiência mental está mais sujeita à pressão social e à opinião dos outros, pelo facto de ter deficiência mental.	23
	- Considero que a sociedade em geral tem ideias preconceituosas sobre a sexualidade das jovens com deficiência mental.	24

Para além deste instrumento, utilizamos a Escala de Graffar, destinada a calcular o estatuto sócio-económico das famílias (adaptada por Amaro, 1990, in Palminha, 1993).

2.4. Procedimentos

De acordo com os objectivos definidos para este estudo, adoptou-se como metodologia dirigir um questionário a pais de jovens com deficiência mental e técnicos que trabalham na área da deficiência mental.

As técnicas de aplicação do questionário variaram, de acordo com os grupos de estudo seleccionados. Assim, na população constituída por técnicos, foi aplicado por administração directa,

sendo entregue e recolhido pelo entrevistador.

Relativamente ao grupo de pais, provenientes do distrito de Coimbra, foi aplicado também por administração directa, num contexto de entrevista, após explicação dos objectivos, enfatizando a relevância do estudo e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Por razões de ordem logística e limitações temporais, não pudemos utilizar o mesmo procedimento na abordagem dos sujeitos da instituição de Ensino Especial de Lisboa, pelo que solicitámos a colaboração de um técnico de serviço social da instituição que serviu de mediador na recolha da informação. Este procedimento condicionou, na nossa opinião, o número reduzido de questionários recolhidos nesta região. Recorremos a esta instituição após verificarmos algumas dificuldades de acesso ao grupo de estudo de pais.

Julgamos que esse facto se deve à complexidade de abordagem do tema - a sexualidade - e da carga emocional que envolve, quando associada às suas filhas deficientes.

A aplicação e recolha dos questionários realizou-se no período entre Outubro de 2001 a Fevereiro de 2002.

CAPÍTULO II

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A informação recolhida foi tratada numa base de dados e processada no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 10.0 para Windows. Cada item foi categorizado com códigos numéricos e/ou com as suas iniciais.

De forma geral, a análise estatística baseou-se na determinação dos valores de distribuição de frequências, tanto para valores absolutos e relativos, valores médios e desvio padrão. Foram também aplicados testes estatísticos inferenciais para a análise de diferenças ou homogeneidade das populações em estudo.

Assim, o teste Mann-Whitney U, não paramétrico, compara o centro de localização dos dois grupo de estudos e detecta diferenças entre eles. Também possibilita a verificação da igualdade de comportamentos entre as duas populações.

A análise de independência entre variáveis, foi realizada através do teste Qui-quadrado.

A codificação e análise das perguntas abertas foi elaborada através da técnica de análise de conteúdo, também apresentada em forma de quadros e tabelas, comparando apenas as duas populações em estudo, com base nas frequências relativas das referências feitas.

Procedemos de seguida à caracterização dos grupos de estudo.

1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

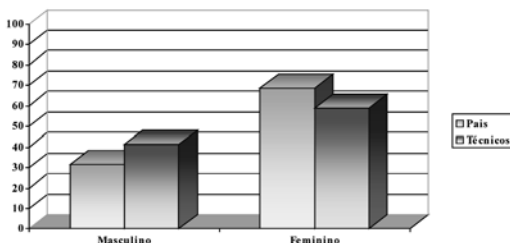
Nesta primeira fase, os dados sócio-demográficos são apresentados em forma de frequência simples ou por cruzamentos de outras variáveis (em quadros e gráficos), ao mesmo tempo que testamos o grau de independência entre elas, nomeadamente através do teste de qui-quadrado.

O estudo, como já referimos, é constituído por dois grupos. O primeiro representa 51 pais de filhas com deficiência (37,5%) e o segundo constituído por 85 técnicos (62,5%), tal como se pode observar no Quadro 3 e na Figura 3.

Quadro 3
O tamanho dos grupos de estudo

População inquirida					
País		Técnicos		Total	
n	%	n	%	N	%
51	37,5	85	62,5	136	100

Figura 3
O tamanho dos grupos de estudo



A idade média dos inquiridos é de 44 anos, sendo a dos pais de 48 anos e a dos técnicos de 41 anos. Aplicámos o teste Mann-Whitney U para testar a diferença de idades entre as duas populações, tendo U o valor de 1325,00 e p de 0,000 ($< 0,001$). Por isso verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações.

Quadro 4
Distribuição dos grupos de estudo por classes etárias

População inquirida						
Classes etárias	País		Técnicos		Total	
idade	n	%	n	%	N	%
< 30 anos	1	2,0	8	9,4	9	6,5
de 30 a 40 anos	11	21,6	32	37,6	43	31,5
de 40 a 50 anos	21	41,2	35	41,2	56	41,6
> 50 anos	18	35,3	10	11,8	28	20,5
Total	51	100	85	100	136	100

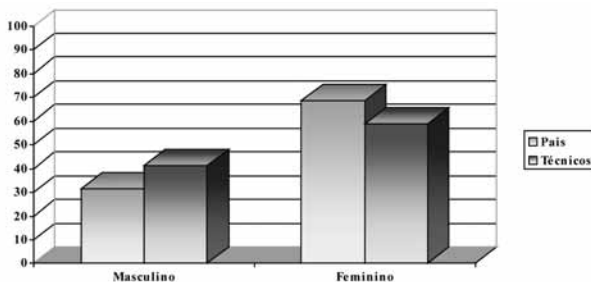
O Quadro 4 mostra a composição da população inquirida por grupos etários. É na classe etária de 40 a 50 anos que se situa a maioria da população com 56 indivíduos (41,6%), distribuídos por 21 pais (41,2%) e 35 técnicos (41,2%), seguidos da faixa etária de 30 a 40 anos, com 43 indivíduos (31,5%) distribuídos entre 11 pais (21,6%) e 32 técnicos (37,6%). A classe etária de mais de 50 anos, com 28 indivíduos (20,5%), é composta por 18 pais (35,3%) e 10 técnicos (11,8%). Por fim, na faixa etária inferior a 30 anos, encontram-se apenas 9 elementos (6,5%) sendo constituída por 1 pai (2,0%) e 8 técnicos (9,4%).

Quadro 5
Distribuição dos grupos de estudo por sexo

População inquirida						
Variáveis	Pais		Técnicos		Total	
Sexo	n	%	n	%	N	%
Masculino	16	31,4	35	41,2	51	37,5
Feminino	35	68,6	50	58,8	85	62,5
Total	51	100	85	100	136	100

Relativamente à distribuição da população inquirida por sexo (Quadro 5 e Figura 4) verifica-se que do total de 51 pais, 16 são do sexo masculino (31,4%) e 35 do sexo feminino (68,6%). Do grupo dos técnicos, 35 são do sexo masculino (41,2%) e 50 são do sexo feminino (58,8%). Verifica-se neste estudo a maior predominância das mulheres (85 - 62,5%) em relação aos homens (51 - 37,5%).

Figura 4
A distribuição da população inquirida por sexo



Aplicou-se o teste do qui-quadrado (χ^2) para testar o grau de independência entre as variáveis (população/sexo). O valor χ^2 é 1,307, p igual a 0,253 ($> 0,05$) e com o grau de liberdade (gl) igual a 1, não existindo diferenças estatísticas significativas entre as duas populações.

Quadro 6
Distribuição dos grupos de estudo por estado civil

População inquirida						
Estado civil	Pais		Técnicos		Total	
	n	%	n	%	N	%
Casado/União de facto	37	72,5	60	70,6	97	71,3
Solteiro/ separado/divorc./viúvo	14	25,5	25	29,4	39	28,7
Total	51	100	85	100	136	100

Quanto ao estado civil, podemos verificar, no Quadro 6 que a maior parte da população inquirida é casada ou vive em regime de união de facto (97 - 71,3%). Neste grupo, a % de pais inquiridos (72,5%) é ligeiramente superior à dos técnicos (70,6%).

Por outro lado, o grupo referente a "solteiros, separados, divorciados e viúvos" apresenta 39 elementos (28,7%), sendo a % dos técnicos (29,4%) ligeiramente superior à dos pais (25,5%).

O teste de χ^2 cujo valor é de 0,060, gl. 1 e p de 0,807 ($> 0,05$) revela não existirem diferenças significativas entre as duas populações relativamente ao estado civil.

Quadro 7
Tipologia do agregado familiar

Estado Civil dos Pais	Fratrã							
	1 filho		2 filhos		3 e + filhos		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Famílias biparentais (casados e união de facto)	5	55,6	19	73,1	13	81,3	37	72,5
Fam. monoparentais (solt., divor., separ. e viúvos)	4	44,4	7	26,9	3	18,8	14	27,5
Total	9	100	26	100	16	100	51	100

O Quadro 7 apresenta a distribuição de números de filhos relativamente ao estado civil dos pais. Verifica-se que 9 pais têm apenas 1 filho (5 em famílias biparentais e 4 em famílias monoparentais); 26 têm 2 filhos (19 em famílias biparentais e 7 monoparentais). Por fim, 16 pais têm 3 ou mais filhos (13 em famílias biparentais e 3 em famílias monoparentais). Concluímos que a maioria de filhos integra-se em famílias biparentais (37).

Convém ainda referir que os pais inquiridos apresentam, em média, 2 filhos ditos "normais" e 1 filho com deficiência mental (46 pais têm 1 filho com deficiência e 5 têm 2 filhos com deficiência - 8,3%). Salientamos, ainda, que a média de idades das suas filhas com deficiência é de 20 anos.

Quadro 8
Distribuição de filhos com deficiência

N.º de filhos						
Pais	1 filho		2 filhos		Total	
	n	%	n	%	N	%
Masculino	14	30,4	2	40,0	16	31,4
Feminino	32	69,6	3	60,0	35	68,6
Total	46	100	5	100	51	100

Com o Quadro 8 pretendemos ilustrar a distribuição de filhos com deficiência relativamente às figuras parentais. Como se pode verificar, 14 pais (30,4%) e 32 mães (69,6%) têm 1 filho com deficiência; enquanto que 2 pais (40%) e 3 mães (60,0%) têm 2 filhos com deficiência. Verifica-se maior % de mulheres (68,6%) com filhos com deficiência em relação aos homens (31,4%).

Seguidamente, analisam-se algumas atitudes dos técnicos, de acordo com as respectivas categorias profissionais. Relativamente a essa distribuição, formamos um primeiro grupo de estudo (A) com os grupos profissionais constituídos por psicólogos, psiquiatras, pedo-psiquiatras, assistentes sociais, professores e educadores de infância, e um segundo grupo de estudo (B), constituído por médicos (obstetras e fisiatras), enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e técnicos de motricidade.

Passamos a apresentar o Quadro 9, relativamente à distribuição dos técnicos segundo o sexo.

Quadro 9
Distribuição dos técnicos, segundo o grupo profissional e sexo

Grupos profissionais	Sexo					
	masculino		feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Grupo de estudo A	18	51,4	34	68,0	52	61,2
Grupo de estudo B	17	49,6	16	32,0	33	38,8
Total	35	100	50	100	85	100

Como se pode verificar, o grupo de estudo A integra maior número de técnicos (52 - 61,2%) em relação ao grupo B (33 - 38,8%). Num total de 35 homens, 18 encontram-se no grupo A (51,4%) e 17 no grupo B (49,6%). Relativamente ao sexo feminino, encontram-se 50 mulheres, integrando-se 34 no grupo A (68 %) e 16 no grupo B (32 %).

A aplicação do teste do χ^2 com o valor de 2,380, p igual a 0,123 ($> 0,05$) e grau de liberdade (gl.) igual a 1, indica não haver diferenças significativas entre os dois grupos de estudo relativamente ao sexo.

Quadro 10
Distribuição dos técnicos por experiência profissional

Experiência profissional (anos de serviço)								
Grupos profissionais	1 a 4 anos		5 a 10 anos		+ 10 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de estudo A	15	68,2	11	50	26	63,4	52	61,2
Grupo de estudo B	7	31,8	11	50	15	36,6	33	38,8
Total	22	100	22	100	41	100	85	100

Relativamente ao tempo de serviço, verifica-se neste estudo que a maior parte dos técnicos (41) têm mais de 10 anos de serviço, seguidos dos que têm entre 5 a 10 anos e 1 a 4 anos (ambos com 22 técnicos).

Assim, dos 22 que têm 1 a 4 anos de serviço, 15 (68,2%) pertencem ao grupo de estudo A e 7 (31,8%) ao grupo de estudo B; entre os que têm de 5 a 10 anos de experiência, verifica-se 50% para cada um dos grupos; ao passo que dos que têm mais de 10 anos de experiência, a maioria pertence ao grupo de estudo A (63,4%) e 36,6% ao grupo de estudo B.

Quadro 11
Distribuição dos técnicos por experiência profissional na deficiência

Experiência profissional (anos de serviço)								
Grupos profissionais	1 a 4 anos		5 a 10 anos		+ 10 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo de estudo A	17	77,3	10	62,5	25	53,2	52	61,2
Grupo de estudo B	5	22,7	6	37,5	22	46,8	33	38,8
Total	22	100	16	100	47	100	85	100

Relativamente ao tempo de experiência com jovens com deficiência é também no grupo A que se concentra a maioria dos profissionais (52 - 61,2%), enquanto que o grupo B é constituído por 33 (38,8%).

Observa-se, ainda, que no intervalo de 1 a 4 anos de serviço, encontram-se 22 profissionais, distribuídos com 17 elementos no grupo de estudo A (77,3%) e 5 no grupo de estudo B (22,7%). Com 5 a 10 anos temos 16 técnicos, sendo 10 do grupo de estudo A (62,5%) e 6 do grupo de estudo B (37,5%). Verificamos também que é no grupo com mais de 10 anos de experiência que se encontra a maioria de técnicos (47), subdivididos entre 25 do grupo A (53,2%) e 22 do grupo B (46,8%).

Apresentadas as variáveis sócio-demográficas e a estrutura do inquérito aplicado, analisamos as atitudes dos pais e dos técnicos relativamente às dimensões centrais do estudo. Utilizamos o Teste Mann-Whitney U para o estudo comparativo (Quadro 12). Esta análise tem como objectivo testar a hipótese de que existem diferenças entre os pais e técnicos relativamente às dimensões em estudo.

Quadro 12
Análise comparativa da população por dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Inquiridos	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Pais	51	56,41	1551,00	0,005
	Técnicos	85	75,75		
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Pais	51	78,75	1645,00	0,018
	Técnicos	85	62,35		
Educação sexual	Pais	51	64,75	1976,50	0,446
	Técnicos	84	69,97		
Abuso sexual	Pais	51	63,08	1891,00	0,208
	Técnicos	85	71,75		
Pressão social/estigmatização	Pais	50	47,97	1123,50	0,00
	Técnicos	82	77,80		
Autonomia/responsabilidade	Pais	51	40,41	735,00	0,00
	Técnicos	85	85,35		

Quanto às "atitudes face à sexualidade", o valor médio de respostas dos pais é inferior à dos técnicos (56,41 e 75,75, respectivamente). O teste Mann Whitney com o valor de 1551,00 e p igual a 0,005 ($< 0,05$), indica existirem diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações em estudo.

Relativamente ao "desenvolvimento psico-afectivo e sexual da jovem com deficiência mental", o valor médio de respostas dos pais é de 78,75 e o dos técnicos de 62,35, apresentando U de 1645,00 e p igual a 0,018 ($< 0,05$), constituindo também diferenças estatisticamente significativas.

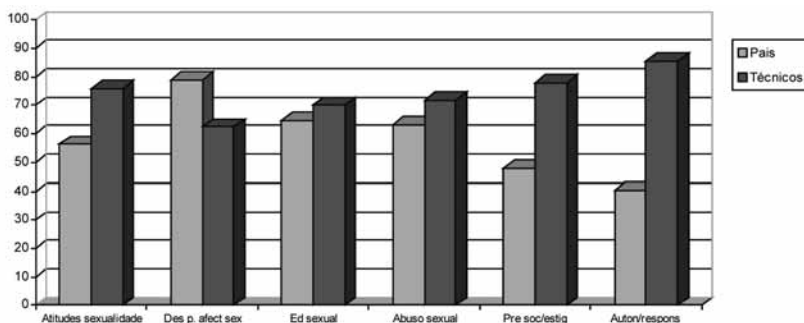
Quanto à "educação sexual", o valor médio dos pais é de 64,75 e o dos técnicos de 69,97. O valor U é igual a 1976,50 e p de 0,446 ($> 0,05$), não sendo diferenças estatisticamente significativas.

Reportando-nos ao "abuso sexual", os valores médios de respostas são de 63,08 e 71,75, respectivamente dos pais e dos técnicos, sendo o valor U de 1891,00 e o p de 0,208, não sendo diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à "pressão social/estigmatização", o valor médio de respostas dos pais é de 47,97 e o dos técnicos de 77,80. O valor U de 1123,50 e p de 0,00 ($p < 0,001$) indica que as duas populações em estudo apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à "autonomia/responsabilidade", o valor médio de respostas dos pais é de 40,41 e o dos técnicos 85,35. O valor U é de 735,00 e p de 0,00 ($< 0,001$), demonstra existirem diferenças estatisticamente significativas.

Figura 5
Análise da população por média das dimensões



Verifica-se na Figura 5 que os técnicos apresentam um valor médio de respostas mais elevado que o dos pais, à excepção da dimensão "desenvolvimento psico-afectivo e sexual".

Pelo facto de existirem diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações em relação às dimensões deste estudo, será que o mesmo se passa em relação a outras variáveis sócio-demográficas? Vejamos a análise que se segue:

Quadro 13
Análise comparativa da população por sexo e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	População	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Masculino	51	73,48	1913,50	0,252
	Feminino	85	65,51		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Masculino	51	73,70	1902,50	0,231
	Feminino	85	65,38		n.s.
Educação sexual	Masculino	51	65,47	2013,00	0,553
	Feminino	84	69,54		n.s.
Abuso sexual	Masculino	51	72,81	1947,500	0,317
	Feminino	85	65,91		n.s.
Pressão social/estigmatização	Masculino	50	71,12	1861,00	0,364
	Feminino	82	66,93		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Masculino	51	70,28	2034,00	0,547
	Feminino	85	64,20		n.s.

Podemos verificar, através do Quadro 13 que o valor médio das respostas dos homens é mais elevado que o das mulheres em todas as dimensões, à excepção da "educação sexual". Contudo, na aplicação do teste Mann Whitney, concluímos não existirem (em todas as dimensões consideradas) diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo masculino e feminino.

Quadro 14
Análise comparativa da população por estado civil e dimensões

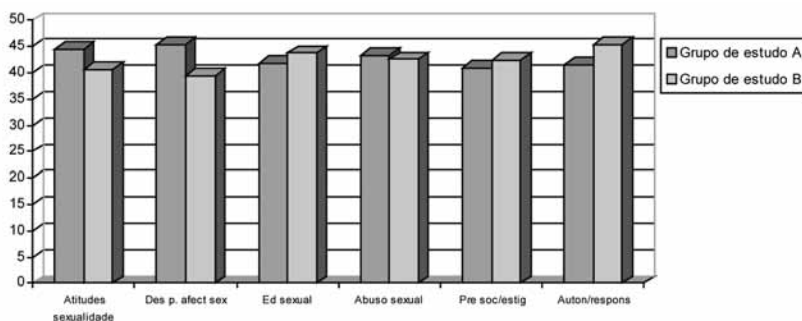
Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Estado civil	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Casado/união de facto	97	68,87	1856,00	0,864
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	67,59		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Casado/união de facto	97	70,49	1698,00	0,349
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	63,54		n.s.
Educação sexual	Casado/união de facto	97	66,98	1744,00	0,623
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	38	70,61		n.s.
Abuso sexual	Casado/união de facto	97	73,06	1449,00	0,031
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	57,15		
Pressão social/estigmatização	Casado/união de facto	95	64,57	1574,50	0,343
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	37	71,45		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Casado/união de facto	97	67,10	1756,00	0,513
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	71,97		n.s.

O Quadro 14 apresenta uma comparação do valor médio das respostas dos inquiridos, por estado civil, bem como os resultados do teste Mann Whitney U e os seus níveis de significância. Apenas na dimensão "abuso sexual", o grupo de indivíduos casados e/ou em união de facto apresenta um valor médio das respostas superior ao grupo de solteiros, separados, divorciados e viúvos, sendo respectivamente 73,06 e 57,15. Da análise efectuada, constatamos ainda ser nessa dimensão que se verificam diferenças estatisticamente significativas (U igual a 1449,00 e p igual a 0,031, $< 0,05$).

Em seguida analisam-se algumas atitudes dos técnicos, de acordo com as respectivas categorias profissionais.

Quadro 15**Análise comparativa dos técnicos por grupo profissional e dimensões**

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Técnicos	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Grupo de estudo A	52	44,46	782,00	0,491
	Grupo de estudo B	33	40,70		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Grupo de estudo A	52	45,29	739,00	0,280
	Grupo de estudo B	33	39,39		n.s.
Educação sexual	Grupo de estudo A	52	41,74	792,50	0,711
	Grupo de estudo B	33	43,73		n.s.
Abuso sexual	Grupo de estudo A	52	43,28	843,50	0,895
	Grupo de estudo B	33	42,56		n.s.
Pressão social/estigmatização	Grupo de estudo A	51	40,98	781,00	0,484
	Grupo de estudo B	31	42,35		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Grupo de estudo A	52	41,52	764,00	0,793
	Grupo de estudo B	33	45,33		n.s.

Figura 6**Análise comparativa dos técnicos por média das dimensões**

Tal como podemos verificar através do Quadro 15 e Figura 6, ao aplicar o teste Mann Whitney U, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de técnicos relativamente às dimensões do estudo.

Quadro 16
Análise comparativa dos técnicos por estado civil e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Estado civil	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Casados e união de facto	64	44,28	590,00	0,401
	Solteiros, separ., viúvos e divorciados	21	39,10		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Casados e união de facto	64	43,94	612,00	0,538
	Solteiros, separ., viúvos e divorciados	21	40,14		n.s.
Educação sexual	Casados e união de facto	64	42,83	619,00	0,823
	Solteiros, separ., viúvos e divorciados	20	41,45		n.s.
Abuso sexual	Casados e união de facto	64	45,97	482,00	0,049
	Solteiros, separ., viúvos e divorciados	21	33,95		
Pressão social/estigmatização	Casados e união de facto	62	40,05	530,00	0,315
	Solteiros, separ., viúvos e divorciados	20	46,00		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Casados e união de facto	64	44,66	566,00	0,276
	Solteiros, separ., viúvos e divorciados	21	37,95		n.s.

Analisando o valor médio das respostas dos técnicos por estado civil (casados/união de facto e separados, solteiros, viúvos), aplicámos o teste Mann Whitney U, tendo verificado diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão "abuso sexual" (U igual a 482,00 e p igual a 0,049, $< 0,05$).

Quadro 17**Análise comparativa dos técnicos por anos de serviço e dimensões**

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Estado civil	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Casado/união de facto	97	68,87	1856,00	0,864
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	67,59		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Casado/união de facto	97	70,49	1698,00	0,349
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	63,54		n.s.
Educação sexual	Casado/união de facto	97	66,98	1744,00	0,623
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	38	70,61		n.s.
Abuso sexual	Casado/união de facto	97	73,06	1449,00	0,031
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	57,15		
Pressão social/estigmatização	Casado/união de facto	95	64,57	1574,50	0,343
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	37	71,45		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Casado/união de facto	97	67,10	1756,00	0,513
	Solteiro, separado, viúvo e divorciado	39	71,97		n.s.

Na aplicação do teste Mann Whitney U, relativamente aos técnicos com menos de 5 anos e entre os 5 e 10 anos de experiência na deficiência, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão "pressão social/estigmatização" ($U = 144,00$ e $p 0,046$, $< 0,05$).

Igualmente na análise do grupo dos técnicos entre 5 e 10 anos e o grupo com mais de 10 anos de experiência, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, relativamente à "pressão social/estigmatização" (U igual a $286,00$ e $p 0,047$, $< 0,05$).

Por último, relativamente aos técnicos com tempo de experiência inferior a 5 anos e o grupo superior a 10 anos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões (U igual a $386,00$ e $p 0,529$).

Nestas duas análises comparativas não se apresentam os respectivos quadros.

Quadro 18
Análise dos técnicos segundo o grau de deficiência
das jovens e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Graus de deficiência	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Ligeira e moderada	51	26,67	34,0	0,425
	Severa e profunda	2	35,50		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Ligeira e moderada	51	26,18	9,00	0,049
	Severa e profunda	2	48,00		n.s.
Educação sexual	Ligeira e moderada	51	27,23	39,50	0,585
	Severa e profunda	2	21,25		n.s.
Abuso sexual	Ligeira e moderada	51	26,90	46,00	0,813
	Severa e profunda	2	29,50		n.s.
Pressão social/estigmatização	Ligeira e moderada	51	27,88	16,00	0,030
	Severa e profunda	2	4,50		
Autonomia/responsabilidade	Ligeira e moderada	51	27,78	11,00	0,060
	Severa e profunda	2	7,00		n.s.

Apenas na dimensão "pressão social/estigmatização" nos aparece um valor de P inferior a 0,05. No entanto, mesmo neste caso, não será de considerar a diferença de médias como significativa dado que apenas 2 técnicos situam as jovens no grau de deficiência "severa e profunda". No Quadro 18 não figuram os restantes técnicos (32), que não especificaram o grau de deficiência das jovens, generalizando as suas respostas a "todos".

Da mesma forma que analisamos comparativamente as atitudes dos técnicos distribuídos por dois grupos profissionais, adoptamos também a mesma análise no grupo de pais inquiridos. Relativamente a este grupo, seguimos a distribuição de acordo com a escala proposta por Graffar, (adaptada por Amaro, 1990, in Palminha, 1993).

Esta escala está dividida em cinco níveis de formação profissional, divisão que teve também em conta as habilitações dos pais inquiridos.

Nível 1 - Composto por profissões liberais, professores universitários, directores de empresas/fábricas/bancos, executivos e oficiais das forças armadas.

Nível 2 - Composto por administradores de empresas públicas/privadas, funcionários titulares de cargos de elevada responsabilidade e comerciantes.

Nível 3 - Composto pelos pequenos industriais/comerciantes, encarregados, operários qualificados, funcionários públicos/administrativos e secretárias.

Nível 4 - Operários semi-qualificados e empregados de comércio.

Nível 5 - Mão-de-obra não qualificada, serventes de obras, pessoal de limpeza e trabalhadores rurais.

De acordo com a classificação desta escala, neste estudo, registamos os seguintes níveis:

- No nível 1 - professor universitário - 1
- No nível 2 - professores do ensino básico e secundário, enfermeiros, comerciantes, técnicos superiores de farmácia e empresários - 16
- No nível 3 - funcionárias judiciais, bancários, administrativos, contabilistas, auxiliares de acção educativa e empregados de laboratório - 12
- No nível 4 - cabeleireiras, empregadas de balcão, metalúrgicos, operários de construção civil, operários fabril e cerâmico, auxiliares de acção médica e auxiliares de apoio e vigilância - 15
- No nível 5 - domésticas e empregadas domésticas - 7

Quadro 19
Distribuição dos pais, segundo o nível profissional e sexo

Grupos profissionais	Sexo					
	masculino		feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Nível 1	1	6,3	-	-	1	2,0
Nível 2	4	25,0	12	34,3	16	31,4
Nível 3	5	31,3	7	20,0	12	23,5
Nível 4	6	37,5	9	25,7	15	29,4
Nível 5	-	-	7	20,0	7	13,7
Total	16	100	35	100	51	100

Como se pode observar no Quadro 19, a maioria dos pais inquiridos situa-se nos níveis profissionais 2, 3 e 4. Relativamente à sua distribuição por sexo, nota-se que há apenas 1 indivíduo do sexo masculino no nível 1 (6,3%); no nível 2 aparecem 25% de homens e 34,3% de mulheres; no nível 3 -31,3% de homens e 20,0% de mulheres; no nível 4 - 37,5% de homens e 25,7% de mulheres e no nível mais baixo, 7 mulheres (20,7%).

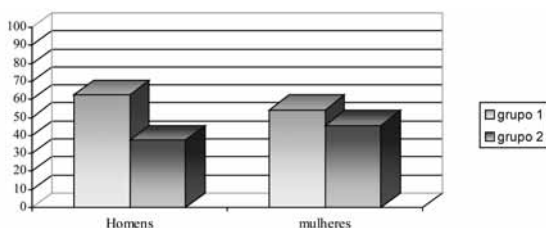
Quadro 20
Distribuição dos pais, segundo o grupo profissional e sexo

Grupos profissionais	Sexo					
	masculino		feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Grupo 1	10	62,5	19	54,3	29	56,9
Grupo 2	6	37,5	16	45,7	22	43,1
Total	16	100	35	100	51	100

Esta distribuição foi organizada em dois grupos: no primeiro, os grupos profissionais de pais pertencentes aos níveis 1, 2 e 3 e, no segundo, os mais baixos grupos profissionais, constituídos por pais situados nos níveis 4 e 5.

Quanto à distribuição por sexo, enquanto que 10 homens (62,5%) se situam no grupo 1 e 6 homens (37,5%) no grupo 2, 19 mulheres (54,3%) estão no grupo 1 e 16 mulheres (45,7%) pertencem ao grupo 2.

Figura 7
Análise dos pais segundo o grupo profissional e sexo



Aplicando o teste χ^2 com o valor de 0,302 e p de 0,583 ($> 0,05$), verificamos não existirem diferenças significativas entre os dois grupos profissionais, relativamente ao sexo.

Com o objectivo de analisar comparativamente as respostas dos pais ($n = 16$) e das mães ($n = 35$) acerca da sexualidade das suas filhas, apresentamos de seguida a atitude dos mesmos, relativamente às dimensões do estudo (Quadro 21).

Quadro 21
Análise comparativa dos pais segundo o sexo e as dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	pais	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	pai	16	25,66	274,50	0,911
	mãe	35	26,16		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	pai	16	30,88	202,00	0,110
	mãe	35	23,77		n.s.
Educação sexual	pai	16	22,69	227,00	0,276
	mãe	35	27,51		n.s.
Abuso sexual	pai	16	23,63	242,00	0,435
	mãe	35	27,09		n.s.
Pressão social/estigmatização	pai	16	26,34	258,50	0,774
	mãe	35	25,10		n.s.
Autonomia/responsabilidade	pai	16	27,50	227,50	0,284
	mãe	35	26,34		n.s.

Tal como se pode observar do teste Mann Whitney (Quadro 21), não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões deste estudo, relativamente aos grupos de pais e mães das jovens com deficiência mental (p não significativo em todas as dimensões).

Quadro 22
Análise comparativa dos pais segundo os grupos etários e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Grupos etários	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Grupo 1	33	27,80	237,50	0,239
	Grupo 2	18	22,69		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Grupo 1	33	28,76	206,00	0,070
	Grupo 2	18	20,94		n.s.
Educação sexual	Grupo 1	33	26,33	286,00	0,826
	Grupo 2	18	25,39		n.s.
Abuso sexual	Grupo 1	33	26,17	291,50	0,913
	Grupo 2	18	25,69		n.s.
Pressão social/estigmatização	Grupo 1	33	27,44	216,50	0,181
	Grupo 2	18	21,74		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Grupo 1	33	24,80	257,50	0,434
	Grupo 2	18	28,19		n.s.

Na análise das atitudes dos pais, segundo as dimensões deste estudo, agrupamos os pais em duas classes etárias :1º grupo, os que têm menos de 50 anos (n = 33) e no 2º grupo, os que têm 50 ou mais anos (n = 18). Como se pode verificar, não existem diferenças estatisticamente significativas nesta análise.

Quadro 23

Análise comparativa dos pais segundo o estado civil e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Estado civil	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Casado e união de facto	37	24,43	201,00	0,219 n.s.
	Sol./Sep./Div../Viúvo	14	30,14		
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Casado e união de facto	37	25,85	253,50	0,907 n.s.
	Sol./Sep./Div../Viúvo	14	26,39		
Educação sexual	Casado e união de facto	37	24,65	209,00	0,286 n.s.
	Sol./Sep./Div../Viúvo	14	29,57		
Abuso sexual	Casado e união de facto	37	27,82	191,50	0,149 n.s.
	Sol./Sep./Div../Viúvo	14	21,18		
Pressão social/estigmatização	Casado e união de facto	37	25,73	232,00	0,848 n.s.
	Sol./Sep./Div../Viúvo	14	24,85		
Autonomia/responsabilidade	Casado e união de facto	37	25,04	223,50	0,451 n.s.
	Sol./Sep./Div../Viúvo	14	28,54		

Quanto ao estado civil dos pais, o grupo de estudo foi distribuído por dois sub-grupos: "casado e união de facto" (n = 37) e "solteiros/separados/divorciados/viúvos" (n = 14).

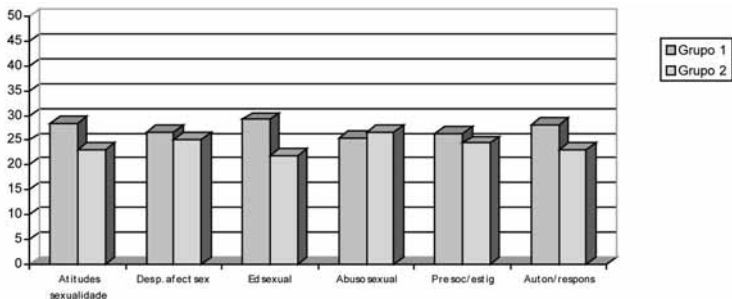
Nesta análise, não se detectaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões do estudo.

Quadro 24
Análise comparativa dos pais segundo
as dimensões e grupo profissional

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Grupos profissionais	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Grupo 1	29	28,28	253,00	0,208
	Grupo 2	22	23,00		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Grupo 1	29	26,57	302,50	0,751
	Grupo 2	22	25,25		n.s.
Educação sexual	Grupo 1	29	29,14	228,00	0,080
	Grupo 2	22	21,86		n.s.
Abuso sexual	Grupo 1	29	25,52	305,00	0,787
	Grupo 2	22	26,64		n.s.
Pressão social/estigmatização	Grupo 1	29	26,28	282,00	0,651
	Grupo 2	22	24,43		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Grupo 1	29	28,21	255,00	0,221
	Grupo 2	22	23,09		n.s.

A Figura 8 ilustra a média comparativa dos pais, segundo as dimensões e grupos profissionais.

Figura 8
Análise comparativa dos pais segundo
as dimensões e grupo profissional



À excepção da dimensão "abuso sexual", que apresenta um valor médio das respostas inferior no grupo 1, em todas as outras dimensões, o valor médio das respostas do grupo 1 é superior ao grupo 2.

Contudo, na aplicação do teste Mann Whitney U, relativamente ao grupo profissional em que os pais se situam, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões deste estudo.

Quadro 25
Análise dos pais segundo as habilitações literárias e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Habilitações literárias	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Sem escolarização/ens. Básico	19	21,95	227,00	0,232
	Secundário/superior	30	26,93		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Sem escolarização/ens. Básico	19	24,21	270,00	0,756
	Secundário/superior	30	25,50		n.s.
Educação sexual	Sem escolarização/ens. básico	19	19,61	182,50	0,033
	Secundário/superior	30	28,42		
Abuso sexual	Sem escolarização/ens. básico	19	21,32	215,00	0,146
	Secundário/superior	30	27,33		n.s.
Pressão social/estigmatização	Sem escolarização/ens. básico	19	18,36	159,50	0,016
	Secundário/superior	30	28,18		
Autonomia/responsabilidade	Sem escolarização/ens. básico	19	19,92	188,50	0,046
	Secundário/superior	30	28,22		

Quanto às habilitações literárias dos pais, o grupo de estudo foi distribuído por 2 sub-grupos: "sem escolarização e ensino básico" (n=19) e com "ensino secundário/ superior" (n=30). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "educação sexual" (U igual a 182,50 e P igual a 0,033, < 0,05); "Pressão social/estigmatização" (U igual a 159,50 e P 0,016, < 0,05) e, por último, "Autonomia/responsabilidade" (U igual a 188,50 e P de 0,046, < 0,05). Em todas as dimensões, os pais "sem escolarização/ensino básico" apresentam um valor médio das respostas inferior aos do nível "secundário/superior", sendo mais significativa a diferença nas dimensões referidas.

Por fim, analisamos também a atitude dos pais, de acordo com o grau de deficiência das suas filhas. Constituímos um 1º grupo por pais de jovens com deficiência ligeira e moderada e um 2º grupo integrado por pais de jovens com deficiência severa e profunda (Quadro 26).

Quadro 26

Análise dos pais segundo o grau de deficiência das jovens e dimensões

Teste Mann Whitney U					
Dimensões	Graus de deficiência	N	Média	U	P
Atitudes perante a sexualidade	Ligeira e moderada	38	26,11	243,00	0,931
	Severa e profunda	13	25,69		n.s.
Desenvolvimento psico-afectivo e sexual	Ligeira e moderada	38	24,30	182,50	0,159
	Severa e profunda	13	30,96		n.s.
Educação sexual	Ligeira e moderada	38	26,41	231,50	0,735
	Severa e profunda	13	24,81		n.s.
Abuso sexual	Ligeira e moderada	38	26,20	239,50	0,870
	Severa e profunda	13	25,42		n.s.
Pressão social/estigmatização	Ligeira e moderada	38	23,38	162,00	0,076
	Severa e profunda	13	31,54		n.s.
Autonomia/responsabilidade	Ligeira e moderada	38	30,50	76,00	0,00
	Severa e profunda	13	12,85		

Podemos sintetizar, com base no Quadro 26, que apenas na dimensão "autonomia/responsabilidade", se verificam diferenças estatisticamente significativas ($U = 76,00$, $p = 0,00$, $< 0,05$). Os pais de jovens com deficiência mental severa ou profunda consideram que estas têm menos autonomia ou responsabilidade, relativamente aos pais das jovens com deficiência ligeira ou moderada, pois o valor médio das respostas deste grupo é superior na dimensão referida.

2. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Importa recordar que nos propusemos investigar, neste estudo, as atitudes dos pais e dos técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, sendo, portanto, o estudo de carácter comparativo. Para as respostas abertas foi realizada a análise de conteúdo, que permitiu agrupar os comentários de acordo com as suas categorias.

Segundo Bardin (2000), este método de análise fornece informações suplementares sobre a mensagem e sobre o receptor, realizando-se a partir das significações que o texto da mensagem fornece. Seleccionámos 12 categorias, de acordo com as respostas dos inquiridos. Cada comentário pode estar incluído em uma ou mais categorias.

Antes da apresentação desses dados comparativos (pais e técnicos) em tabelas, passamos a descrever os indicadores de cada categoria.

Na categoria "contexto psico-afectivo" foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores: psico-afectivo, cognitivo e sexualidade como afecto, prazer e comunicação.

Exemplos:

"Deverá ser perspectivada no quadro mais amplo das relações afectivas"

"Faz parte do crescimento psico-afectivo e cognitivo"

"Um bom equilíbrio psicológico"

"Segue o ritmo do desenvolvimento global"

"Factor importante para o desenvolvimento".

Ainda neste contexto, foram agrupados os indicadores:

- imaturidade e infantilidade: reacções emocionais inadequadas à idade.

Exemplos:

"Infantis sob o ponto de vista das relações afectivas e sexuais"

"Mais infantis devido ao nível do seu desenvolvimento psicomotor"

"A imaturidade revela-se em todas as áreas de funcionamento"

"Despertam para as relações afectivas e sexuais um pouco mais tarde".

- Vulnerabilidade:

Exemplos:

"Por vezes são pessoas instáveis"

"São pessoas inconstantes"

"Incapazes de se controlar, impulsivas"

"É uma criança carente de ternura"

"Pessoas indefesas, ingênuas"

"São sensíveis aos acontecimentos"

- Relações de amizade.

Exemplos:

"Amiga da sua amiga"

"Gosta de fazer amizades"

"Mantém a relação de amizade com pessoas de quem gosta".

Na categoria "Contexto sócio-cultural", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Depende do contexto cultural"

"Depende dos valores, questões éticas e culturais"

"A sexualidade toca com valores religiosos e morais"

"Tão importante como a cultura"

"Contextualização social e cultural"

"Tratando-se das influências culturais e valores da sociedade"

"A causa é muitas vezes sócio-cultural".

Na categoria "Contexto familiar-institucional", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Mantêm boas relações afectivas com os membros da família"

"Devem ter um acompanhamento constante por parte da família".

Na categoria "Contexto profissional", foram integradas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"É possível falar com o médico do doente para compensar a sua psico-patologia"

"Deixar estes assuntos para os técnicos e os especialistas na matéria"

"Deveria haver profissionais que abordassem esses temas"

"Troca de práticas e saberes"

"Será sempre um acompanhamento técnico com treinos"

Na categoria "Como qualquer outra jovem", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Tal como outra jovem qualquer"

"A pessoa com deficiência deve ser encarada como cidadão de pleno direito"

"Ser pessoa é ser sexuado"

"Independentemente da deficiência"

"Independentemente das características físicas, étnicas, etc."

"Defendo o direito de todos, neste caso os jovens deficientes".

Na categoria "Depende da Jovem", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Cada caso é um caso"

"Aceito, mas no caso da minha filha é difícil"

"Depende das pessoas e das relações em causa"

"Os que têm capacidade para entender"

"Haverá umas que terão mais dificuldades que outras"

Na categoria "Pressão social/Estigmatização", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Os deficientes mentais são vistos maioritariamente como seres assexuados"

"Os meios que os controlam e os reprimem"

"Os olhares dos outros sem compreensão"

"As pessoas ditas normais tiram-lhes responsabilidades"
"Sofrem discriminação sexual e são classificadas".

Na categoria "Motivo de preocupação", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Preocupa-me muito"

"Só tomando as devidas precauções"

"É uma das maiores preocupações como mãe"

Na categoria "Depende do grau de deficiência", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Depende do grau de deficiência mental de cada jovem"

"Depende de caso a caso"

"Umas são mais deficientes do que outras"

"Depende se é uma deficiência ligeira ou profunda"

Na categoria "Necessidade de informação/formação", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Tenho dúvidas sobre o assunto"

"Só com muita informação se pode aquilatar e procurar resposta para as diversas questões".

"Todos nós temos necessidade de ter mais informação sobre isso"

"Uma questão de actualização e ansiedade de saber"

"Porque temos sempre coisas novas para aprender e transmitir"

"Com mais informação posso prestar melhor ajuda"

"Porque há muito poucas informações"

"Devia haver reuniões para preparar os pais"

"Tenho tentado adquirir novos conhecimentos".

Na categoria "Dificuldades de comunicação", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Eles são pouco abertos ao diálogo"

"Porque ela não dialoga comigo"

"Ela não entende nada sobre esse assunto"

"Porque ela não compreende o que lhe quero transmitir"

"Não sei como abordar esta questão"

"Têm dificuldade de compreensão".

Na categoria "Sexualidade como tabu/preconceito/mito", foram agrupadas todas as unidades de registo que mencionavam um dos seguintes indicadores:

Exemplos:

"Não sei como falar desse assunto"

"Não aprovaria esse tipo de relação"

"Todo o deficiente mental não deveria ter filhos"

"Não posso aceitar a sua sexualidade"

"A sociedade em geral tem preconceito e desconhecimento"

"É uma aberração da natureza".

Quadro 27
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias da dimensão
"atitudes perante a sexualidade"

Atitudes perante a sexualidade						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	60	70	30,7	27	18	16,8
Contexto socio-cultural	60	10	4,3	27	2	1,9
Contexto familiar/institucional	60	10	4,3	27	7	6,5
Apoio/suporte e orientação	60	22	9,7	27	1	0,9
Como qualquer outra jovem	60	20	8,8	27	8	7,5
Depende da jovem	60	6	2,6	27	3	2,8
Pressão social/estigmatização	60	4	1,8	27	-	-
Motivo de preocupação	60	14	6,2	27	3	2,8
Depende do grau de deficiência	60	13	5,7	27	1	0,9
Necessidade de informação e/ou formação	60	30	13,2	27	22	20,6
Dificuldades de comunicação	60	11	4,8	27	29	27,1
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	60	18	7,9	27	13	12,1
Total		228	100		107	100

A "sexualidade" é considerada, pela maioria de técnicos, como fazendo parte do contexto psico-afectivo (30,7%). Também uma parte (6,2%) mostra preocupação pelo tema, daí 13,2% precisarem de mais informação ou formação, pois 7,9% ainda vêem a sexualidade como tabu. De qualquer forma, 9,7% dos técnicos ainda referem que, desde que haja orientação e apoio técnico, estas jovens devem ser tratadas como as outras ditas "normais" (8,8%), dependendo também do grau de deficiência que as afecta (5,7%).

Nesta dimensão, a maioria dos pais considera que têm "dificuldades de comunicação" com as suas filhas (27,1%); cerca de 12,1% encaram a "sexualidade como tabu" e, para abordarem o tema com as suas filhas, necessitam de "mais informação/formação" (20,6%). Embora 16,8% considerem a sexualidade integrada num "contexto psico-afectivo", 7,5% dos pais responderam que as suas filhas devem ser tratadas "como as outras jovens" e 6,5% acham que deve ser integrada num "contexto familiar ou institucional".

Quadro 28
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias da dimensão
"desenvolvimento psico-afectivo"

Desenvolvimento psico-afectivo						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	70	65	15,6	24	33	25,0
Contexto socio-cultural	70	17	4,0	24	7	5,3
Contexto familiar/institucional	70	26	6,2	24	14	10,6
Apoio/suporte e orientação	70	34	8,1	24	-	-
Como qualquer outra jovem	70	52	12,4	24	5	3,8
Depende da jovem	70	36	8,6	24	8	6,1
Pressão social/estigmatização	70	5	1,2	24	1	0,8
Motivo de preocupação	70	-	-	24	6	4,6
Depende do grau de deficiência	70	116	27,8	24	5	3,8
Necessidade de informação e/ou formação	70	42	10,1	24	4	3,0
Dificuldades de comunicação	70	17	4,0	24	33	25,0
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	70	8	2,0	24	16	12,1
Total		418	100		132	100

Na dimensão "desenvolvimento psico-afectivo", 15,6% dos técnicos centraram as suas respostas no "contexto psico-afectivo". Contudo, a maioria (27,8%) referiu que "depende do grau de deficiência" e 12,4% referiram que o desenvolvimento se processa "como nas outras jovens". Dos técnicos, 10,1% manifestam "necessidade de informação e formação", verificando-se que 8,1% responderam que dependeria do "apoio/suporte e orientação" e do "contexto familiar-institucional" (6,2%).

Quanto aos pais, 25% direccionam a sua resposta para as categorias: "dificuldade de comunicação" e "contexto psico-afectivo". Para isso, os "contextos institucional" (10,6%) e "sócio-cultural" (5,3%) podem contribuir para uma relação mais estável nessas jovens, embora 6,1% tenham respondido que tudo "depende da jovem" em causa. Convém salientar que 12,1% dos pais vêm ainda estas questões sexuais com "preconceito/tabu".

Quadro 29
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias
da dimensão "educação sexual"

Informação/Educação Sexual						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	61	2	1,0	26	1	1,0
Contexto socio-cultural	61	2	1,0	26	1	1,0
Contexto familiar/institucional	61	1	0,6	26	14	15,9
Apoio/suporte e orientação	61	18	9,6	26	5	5,7
Como qualquer outra jovem	61	19	10,2	26	5	5,7
Depende da jovem	61	1	0,6	26	15	17,1
Pressão social/estigmatização	61	-	-	26	-	-
Motivo de preocupação	61	19	10,2	26	4	5
Depende do grau de deficiência	61	18	9,6	26	3	3,4
Necessidade de informação e/ou formação	61	92	49,2	26	26	29,5
Dificuldades de comunicação	61	9	4,8	26	13	14,8
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	61	6	3,2	26	1	1,0
Total		187	100		88	100

Relativamente à dimensão "educação sexual", cerca de 10,2% de técnicos estão preocupados com este tema e a mesma percentagem acha que a falta de informação sobre a educação sexual também se verifica nas outras jovens. Por isso, quase metade (49,2%) manifestaram "necessidade de mais informação e formação" para abordar este tema com as jovens com deficiência mental, e 9,6% respondem que "depende do grau de deficiência".

Quanto aos pais, a maior parte (29,5%) manifesta também "necessidade de informação e formação", verificando-se que 17,1% responderam que essa abordagem varia em função de cada jovem com deficiência, pois 14,8% consideram que estas têm "dificuldades de comunicação", situação que alguns (15,9%) acham superável no "contexto familiar e institucional".

Quadro 30
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias
da dimensão "abuso sexual"

Abuso Sexual						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	70	31	11,1	26	27	26,0
Contexto socio-cultural	70	27	9,7	26	15	14,4
Contexto familiar/institucional	70	9	3,2	26	13	12,5
Apoio/suporte e orientação	70	21	7,5	26	1	1,0
Como qualquer outra jovem	70	25	9,0	26	5	4,8
Depende da jovem	70	14	5,0	26	2	2,0
Pressão social/estigmatização	70	6	2,2	26	5	4,8
Motivo de preocupação	70	12	4,3	26	2	2,0
Depende do grau de deficiência	70	57	20,4	26	1	1,0
Necessidade de informação e/ou formação	70	50	17,9	26	10	9,6
Dificuldades de comunicação	70	26	9,3	26	19	18,3
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	70	1	0,4	26	4	3,8
Total		279	100		104	100

Verificamos que 11,1% dos técnicos dirigiram a resposta sobre o "abuso sexual" para o "contexto psico-afectivo", a maior parte (20,4%) acha que tudo "depende do grau de deficiência das jovens" e 17,9% necessita de "mais informação e formação" para abordar esta problemática. Por outro lado, 9,3% dos técnicos acham que isso se deve à "dificuldade de comunicação" das jovens, situação que poderá ser condicionada pelos "contexto sócio-cultural" (9,7%) e "apoio/suporte e orientação" existentes (7,5%). Importa ainda destacar que 9% referiram que os riscos ocorrem da mesma forma "como qualquer outra jovem".

Quanto aos pais, 26% acham que esses acontecimentos se verificam devido ao quadro "psico-afectivo" das jovens com deficiência mental, pois 18,3% delas têm "dificuldades de comunicação", situação que pode variar de acordo com os contextos: "sócio-cultural" (14,4%) e "familiar-institucional" (12,5%). Verificamos ainda que 9,6% manifestam necessidade de "mais informação e formação".

Quadro 31
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias da dimensão
"autonomia e responsabilidade"

Autonomia/Responsabilidade						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	72	22	6,0	24	18	16,2
Contexto socio-cultural	72	27	7,4	24	1	0,9
Contexto familiar/institucional	72	33	9,4	24	21	18,9
Apoio/suporte e orientação	72	59	16,2	24	1	0,9
Como qualquer outra jovem	72	22	6,0	24	4	3,6
Depende da jovem	72	35	9,6	24	-	-
Pressão social/estigmatização	72	3	0,7	24	-	-
Motivo de preocupação	72	1	0,2	24	2	1,8
Depende do grau de deficiência	72	117	32,1	24	4	3,6
Necessidade de informação e/ou formação	72	22	6,0	24	5	4,5
Dificuldades de comunicação	72	22	6,0	24	47	42,3
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	72	2	0,5	24	8	7,2
Total		365	100		111	100

Relativamente à dimensão "autonomia/responsabilidade", uma grande parte dos técnicos (32,1%) referem que esta capacidade "depende do grau de deficiência" e das "características das jovens" em causa (9,6%). Registamos também que o "apoio/suporte/orientação" é considerado importante por muitos técnicos (16,2%), assim como os contextos "familiar/institucional" (9,4%), "sócio-cultural" (7,4%) e "psico-afectivo" (6%).

Grande percentagem de pais (42,3%) manifesta de novo a opinião de que as suas filhas têm "dificuldades de comunicação", podendo a situação ser melhorada em função dos contextos "familiar/institucional" (18,5%) e "psico-afectivo" (16,2%). Referimos ainda que 7,2% encaram a questão como "tabu", manifestando por isso "necessidade de informação/formação" a este nível (4,5%).

Quadro 32
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias da dimensão
"pressão social e estigmatização"

Pressão Social/Estigmatização						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	66	5	2,5	28	7	8,1
Contexto socio-cultural	66	15	7,6	28	-	-
Contexto familiar/institucional	66	3	1,5	28	3	3,5
Apoio/suporte e orientação	66	22	11,2	28	-	-
Como qualquer outra jovem	66	7	3,6	28	2	2,3
Depende da jovem	66	2	1,0	28	1	1,2
Pressão social/estigmatização	66	29	14,7	28	18	20,9
Motivo de preocupação	66	2	1,0	28	1	1,2
Depende do grau de deficiência	66	70	35,5	28	27	31,4
Necessidade de informação e/ou formação	66	18	9,1	28	2	2,3
Dificuldades de comunicação	66	2	1,0	28	11	12,8
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	66	22	11,2	28	14	16,3
Total		197	100		86	100

Quanto à dimensão "Pressão social/estigmatização", 14,7% dos técnicos afirmam que as jovens sofrem "pressão social/estigmatização" mas a maior parte (35,5%) refere que essa questão está "dependente do grau de deficiência". Essas situações podem ser colmatadas com o "apoio, suporte e orientação" técnica (11,2%) e dependendo do "contexto sócio-cultural" (7,6%). De qualquer forma, 11,2% percebem a questão como "tabu" por parte da sociedade e 9,1% reconhecem existir "necessidade de mais informação/formação".

Relativamente aos pais, cerca de 21% afirmam que existe um estigma da sociedade perante essas jovens. Salientamos ainda que 16,3% dos pais abordam esta questão como "preconceito/tabu" e que a maioria (31,4%) considera que "depende do grau de deficiência"; 12,8% referem a existência de "dificuldades de comunicação" e 8,1% apontam para o "contexto psico-afectivo".

Quadro 33
Distribuição dos inquiridos, segundo as categorias de análise

Dimensão geral						
Categorias	Técnicos			Pais		
	N	Referência	%	N	Referência	%
Contexto Psico-afectivo	67	195	11,6	26	104	16,6
Contexto socio-cultural	67	98	5,9	26	26	4,1
Contexto familiar/institucional	67	82	4,9	26	72	11,5
Apoio/ suporte e orientação	67	176	10,5	26	8	1,3
Como qualquer outra jovem	67	145	8,7	26	29	4,6
Depende da jovem	67	94	5,6	26	29	4,6
Pressão social/estigmatização	67	47	2,8	26	24	3,8
Motivo de preocupação	67	48	2,9	26	18	2,9
Depende do grau de deficiência	67	391	23,3	26	41	6,5
Necessidade de informação e/ou formação	67	254	15,2	26	69	11,0
Dificuldades de comunicação	67	87	5,2	26	152	24,2
Sexualidade como tabu/preconceito/mito	67	57	3,4	26	56	8,9
Total		1674	100		628	100

Quanto à análise de conteúdo das respostas abertas, em geral, o número médio de respostas em relação ao total de técnicos é de 67 (78,8%), enquanto que 26 é o total de respostas dos pais que comentaram as questões, sendo a taxa de respostas de 51%.

Por outro lado, o total de referências feitas pelos técnicos é de 1674 e dos pais 628, distribuídos respectivamente pelas seguintes categorias: "contexto psico-afectivo" (11,6% e 16,6%); "contexto sócio-cultural" (5,9% e 4,1%); "contexto familiar/institucional" (4,9% e 11,5%); "apoio, suporte e orientação" (10,5% e 1,3%); "como qualquer jovem" (8,7% e 4,6%); "depende da Jovem" (5,6% e 4,6%); "pressão social/estigmatização" (2,8% e 3,8%); "motivo de preocupação" (2,9% e 2,9%); "depende do grau de deficiência" (23,3% e 6,5%); "necessidade de informação e formação" (15,2% e 11,0%); "dificuldades de comunicação" (5,2% e 24,2%) e a "sexualidade como tabu" (3,4% e 8,9%).

Quadro 34
Distribuição das respostas dos inquiridos, segundo o sexo

Dimensão geral										
Categorias	Técnicos					Pais				
	Ref.	H	%	M	%	Ref.	H	%	M	%
Contexto Psico-afectivo	195	79	40,5	116	59,5	104	33	31,7	71	78,3
Contexto socio-cultural	98	35	35,7	63	74,3	26	6	23,1	20	76,9
Contexto familiar/institucional	82	29	35,4	53	74,6	72	16	22,2	56	77,8
Apoio/suporte e orientação	176	81	46,0	95	54,0	8	3	37,5	5	62,5
Como qualquer outra jovem	145	63	43,5	82	56,5	29	13	44,8	16	55,2
Depende da jovem	94	47	50,0	47	50,0	29	3	10,3	26	89,7
Pressão social/estigmatização	47	20	45,6	27	54,4	24	6	25,0	18	75,0
Motivo de preocupação	48	10	20,8	38	79,2	18	8	47,4	10	52,6
Depende do grau de deficiência	391	166	42,5	225	57,5	41	10	24,9	31	75,1
Necess. de informação/formação	254	105	41,3	149	58,7	69	21	30,4	48	69,6
Dificuldades de comunicação	87	36	41,4	51	58,6	152	46	30,3	106	69,7
Sex. como tabu/preconceito/mito	57	33	57,9	24	42,1	56	16	28,6	40	71,4
Total	1674	704		970		628	181		447	

Quanto à análise de conteúdo das respostas abertas e distribuídas por sexo dos inquiridos, verificamos o seguinte:

Relativamente aos técnicos, as respostas dos homens e das mulheres foram, respectivamente, as seguintes: "contexto psico-afectivo" (40,5% e 59,5%); "contexto socio-cultural" (35,7% e 74,3%); "contexto familiar/institucional" (35,4% e 74,6%); no "apoio/suporte/estigmatização" (46,0 e 54,0); "como qualquer jovem" (43,5% e 56,5%); "depende do jovem" com 50% em cada caso; "pressão social/estigmatização" (45,6% e 54,4%); "motivo de preocupação" (20,8% e 79,2%); "depende do grau de deficiência" (42,5% e 57,5%); "necessidade de informação/formação" (41,3% e 58,7%) e "dificuldades de comunicação" (41,4% e 58,6%) e por último, "sexualidade como tabu/mito/preconceito" (57,9% e 42,1%).

Quanto aos pais, as respostas dos homens e das mulheres distribuíram-se, respectivamente, da seguinte forma: "contexto psico-afectivo" (31,7% e 78,3%); "contexto socio-cultural" (23,1% e 76,9%); "contexto familiar/institucional" (22,2% e 77,8%); no "apoio/suporte/estigmatização" (37,5% e 62,5%); "como qualquer jovem" (44,8% e 55,2%); "depende do jovem" com 50% em cada caso; "pressão social/estigmatização" (25,0% e 75,0%); "motivo de preocupação" (47,4% e 52,6%); "depende do grau de deficiência" (24,9% e 75,1%); "necessidade de informação/formação" (30,4% e 69,6%) e "dificuldades de comunicação" (30,3% e 69,7%) e, por último, "sexualidade como tabu/preconceito/ mito" (28,6% e 71,4%).

De uma forma geral, a percentagem de respostas dadas em cada categoria, tanto nos técnicos como nos pais, é maior nas mulheres do que nos homens, excepção feita na categoria "sexualidade como tabu", em que os técnicos consideram que a sexualidade é ainda encarada pela sociedade com preconceitos, sendo a maior parte dos homens (57,9%) a manifestar essa opinião relativamente a 42,1% de mulheres.

Quadro 35
Distribuição dos técnicos, segundo os grupos
e categorias profissionais

Dimensão geral					
Categorias	Referência	Técnicos (Grupo de estudo A)		Técnicos (Grupo de estudo B)	
	Total	n.º ref	%	n.º ref.	%
Contexto Psico-afectivo	195	126	12,2	69	10,8
Contexto socio-cultural	98	65	6,3	33	5,2
Contexto familiar/institucional	82	55	5,3	27	4,2
Apoio/suporte e orientação	176	83	8,0	93	14,5
Como qualquer outra jovem	145	84	8,1	61	9,5
Depende da jovem	94	61	5,9	33	5,2
Pressão social/estigmatização	47	28	2,7	19	3,0
Motivo de preocupação	48	30	2,9	18	2,8
Depende do grau de deficiência	391	236	22,8	155	24,2
Necess. de informação/formação	254	173	16,7	81	12,7
Dificuldades de comunicação	87	61	5,9	26	4,1
Sex. como tabu/preconceito/mito	57	32	3,1	25	3,9
Total	1674	1034	100	640	100

A partir do quadro 35, podemos verificar que a grande diferença nestes dois grupos de técnicos se situa nas respostas dadas às categorias: "apoio/suporte e orientação" com 8% no grupo de estudo A e 14,5% no grupo de estudo B e na "necessidade de informação/formação", cujos resultados foram 16,7% no grupo de estudo A e 12,7% no grupo de estudo B. Nos dois grupos profissionais, os técnicos centraram a maior parte das respostas na categoria "depende do grau de deficiência", 22,8% e 24,2%, respectivamente, nos grupos A e B.

CAPITULO III

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A - Análise intergrupar

Neste estudo, procuramos explorar uma área de Reabilitação importante na sociedade actual, mas ainda pouco estudada, como é o caso das atitudes de pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental.

Ao seleccionarmos como população de estudo diferentes profissionais nas áreas de Saúde e Reabilitação, pretendeu-se analisar paralelamente a relação entre essas atitudes e a formação profissional dos sujeitos inquiridos.

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos entre os dois grupos de técnicos, designados por A e B, através do teste estatístico Mann Whitney U, para um nível de significância de 5%, destacaram-se algumas especificidades nos resultados do estudo.

Por outro lado, quando nos debruçamos sobre o estudo comparativo entre pais e técnicos, constatamos algumas diferenças significativas. A hipótese geral formulada, de que existem diferenças entre as atitudes dos pais e dos técnicos relativamente à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, foi confirmada.

Iniciaremos pela apresentação e discussão da hipótese 1:

Hipótese 1: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos pais e dos técnicos relativamente à dimensão: "Atitudes perante a Sexualidade."

Através da análise intergrupar, conforme ilustra o Quadro 12, verifica-se que os técnicos apresentam uma média ordinal com valores mais elevados do que no grupo de pais (respectivamente 75,75 e 56,41), no que se refere a esta dimensão, que integra as questões abordadas nos itens: 1, 2, 3 e 4 do questionário.

A hipótese foi confirmada, visto que existem, de facto, algumas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0,005$).

Contrariamente, no grupo de técnicos, através da análise do Quadro 15, não se verificam diferenças significativas entre os grupos A e B, de acordo com a sua formação profissional ($p = 0,491$).

De um modo geral, os técnicos revelam uma atitude mais positiva relativamente à sexualidade, considerando a importância de todas as vertentes: afecto, comunicação, prazer e reprodução.

Nesse sentido, vejamos o testemunho de um técnico:

"(...) A sexualidade tem uma componente muito importante ao nível da afectividade e comunicação, como fonte de prazer e também necessária na reprodução do ser humano." (♀, 44 anos, psicóloga).

Esta visão positiva da sexualidade, de acordo com Machado (1988), pressupõe uma aprendizagem ao longo de toda a vida, baseada no conhecimento e na autonomia individuais, visando uma integração harmoniosa no conjunto do projecto de vida.

Através da análise de conteúdo, a partir do Quadro 27, verifica-se entre os técnicos inquiridos, que a sexualidade é percebida por 30,7% como elemento integrante da categoria "contexto psico-afectivo", comparativamente com 16,8% dos pais que partilham da mesma opinião. Para os técnicos, a sexualidade situa-se no quadro mais amplo das relações afectivas, sendo bastante mais abrangente do que as relações sexuais.

Relativamente à "necessidade de mais informação/formação" sobre a temática da sexualidade, os técnicos manifestam melhor apetrechamento teórico a este nível, sendo apenas 13,2% a expressar essa necessidade, comparativamente com 20,6% dos pais.

Disso nos deu conta o testemunho de um técnico:

"(...) Possuo um elevado conhecimento dos aspectos da sexualidade, por razões profissionais ." (♂, 52 anos, psicólogo).

Tem sido amplamente reconhecida a importância da formação dos técnicos como agentes de mudança nas crianças e jovens com deficiência mental. De acordo com Jones (1987), a formação dos técnicos representa uma importante via de promoção de mudanças positivas nos técnicos, que podem influenciar todo o ambiente social e ecológico da instituição e a qualidade de vida de cada membro da instituição.

Relativamente ao grupo de pais, é importante salientar a existência de um espaço de comunicação frágil entre os pais e as

suas filhas com deficiência, pois constata-se algumas dificuldades ao nível da transmissão de conhecimento e informação referente à temática em estudo, influenciando assim o discurso entre ambos.

Esta situação é ilustrada no Quadro 27, através da análise de conteúdo, verificando-se que 27,1% dos pais manifestam "dificuldades de comunicação" com as suas filhas e 20,6% referem "necessidade de informação/formação" para abordar esta temática. Esta posição é expressa no testemunho dos pais:

"(...) É difícil falar com a minha menina acerca da sexualidade, não sei bem como começar a conversa ." (♀, 35 anos, doméstica).

"(...) Para além da informação, tenho que saber como lidar com um problema tão sério ." (♀, 60 anos, funcionária pública).

Relativamente à categoria "Sexualidade como tabu/preconceito/mito", verificamos uma percentagem de frequência de registos superior no grupo de pais (12,1%), relativamente ao grupo de técnicos (7,9%).

Assim, vejamos o comentário de um pai:

"(...) Porque não acho relevante para o bem estar de um deficiente. Penso que há coisas mais importantes ." (♂, 46 anos, desempregado).

Os resultados obtidos nesta dimensão - "Atitudes perante a Sexualidade", são sustentados pelo estudo comparativo de Mercier, Delville e Collignon (1997), sobre as atitudes de pais e educadores em relação à sexualidade do jovem com deficiência mental. Constataram uma visão mais neutra, mais objectiva e mais próxima da realidade por parte dos profissionais. Os pais inquiridos tinham uma visão mais restritiva sobre a sexualidade, por se tratar dos seus próprios filhos. Segundo os autores, esta diferença de posições é atribuída à angústia manifestada pelos pais em relação ao futuro dos seus filhos com deficiência mental.

Efectivamente, a hipótese foi confirmada, visto que existem diferenças significativas entre as atitudes dos pais e dos técnicos, relativamente a esta dimensão.

Hipótese 2: Existem diferenças significativas entre as atitudes dos pais e dos técnicos relativamente à dimensão - "Desenvolvimento psico-afectivo e sexual da jovem com deficiência mental."

Ao nível do desenvolvimento psico-afectivo e, através da análise do Quadro 12, verifica-se que os pais apresentam valores médios superiores aos do grupo de técnicos, respectivamente 78,75 e 62,35, existindo diferenças significativas entre os dois grupos ($p = 0,018$). Esta dimensão integra as questões abordadas nos itens: 7, 8, 9, 10, 14, e 15 do questionário.

A partir do Quadro 15, podemos constatar não existirem diferenças significativas entre os técnicos, de acordo com a formação profissional, relativamente a esta dimensão ($p = 0,280$).

No nosso estudo, os pais consideram as suas filhas mais imaturas e instáveis ao nível da afectividade e sexualidade, afirmando, na sua maioria, que estas não têm maturidade suficiente para estabelecer uma relação afectiva e sexual estável.

Disso nos deram conta os testemunhos dos pais, quando afirmaram:

"(...) Ela não consegue sentir amor por outra pessoa. É inconstante, talvez por ser tão infantil ." (♂, 48 anos, empresário).

"(...) Considero-a como um bebé, por conseguinte não tem capacidade. Os rapazes normais não querem nada com ela. Os incapacitados têm as suas limitações para levarem a sério uma relação ." (♀, 41 anos, funcionária judicial).

Esta visão dos pais é sustentada pelos estudos de vários autores. No estudo efectuado por Martins (1995), a maioria dos pais concorda que os filhos com deficiência mental são muito infantis.

Igualmente Amaral (1995, cit Félix e Marques, 1995) refere que, quando o jovem tem uma deficiência mental, os pais têm sempre uma imagem infantil dele, como se ele fosse eternamente criança e não estivesse preparado para as mudanças. No entanto, são os pais que geralmente não entendem esses sinais de mudança, nem acreditam no crescimento dos seus filhos. Neste sentido, a maioria das atitudes dos pais perante a sexualidade do seu filho com deficiência mental, está ligada à imagem de eternas crianças que têm deles.

De acordo com Dupras (1999), os pais têm tendência a preser-

var a inocência sexual, negando a sexualidade dos filhos. Procuram também retardar a sua emergência. Ao não assumirem o crescimento dos seus filhos, ao infantilizarem a linguagem utilizada com os jovens, os pais negam-lhes a possibilidade de estabelecerem relações mais adequadas.

Muitas vezes os pais experimentam sentimentos ambivalentes, "amam e rejeitam os seus filhos deficientes, ou, ao mesmo tempo que temem dependência, tendem a super-protegê-los" (Telford e Sawrey, 1988, cit. Coelho e Coelho, 2001 p. 138).

Relativamente ao namoro, constatamos também, neste estudo, que poucos pais admitem a possibilidade das suas filhas estabelecerem uma relação, quer com alguém do sexo oposto, como do mesmo sexo, não expressando maior reprovação por esta última situação.

A opinião favorável ao namoro foi justificada por alguns pais, tendo em conta as suas expectativas, desde que essa relação constituísse uma fonte de suporte para o futuro.

Nesse sentido, foi elucidativo o comentário de uma mãe:

"(...) Só se fosse com uma pessoa adulta, que a compensasse nos outros aspectos, pai, mãe, companheiro, etc." (♀, 43 anos, operária cerâmica).

Verificamos também que a maioria dos pais inquiridos consideram que os seus filhos não são capazes de controlar os seus impulsos sexuais.

Estes resultados são consistentes com o estudo realizado por Craft e Craft (1978), que concluiu que alguns pais temem que o seu filho não consiga controlar os seus impulsos sexuais. Por um lado, receiam qualquer expressão de sexualidade, por outro, preocupam-se que se possam desenvolver tensões e causar algum tipo de "explosão" comportamental.

Resultados contrários obtiveram Mercier et al (1997) no seu estudo, onde os pais afirmam que, no domínio das relações afectivas e sexuais, na população com deficiência mental predomina a afectividade sobre a sexualidade.

Através da análise de conteúdo, conforme ilustra o Quadro 28, podemos verificar algumas diferenças entre as respostas dos pais e dos técnicos nesta dimensão.

Assim, os pais direccionam as suas respostas para as categorias: "contexto psico-afectivo" e "dificuldades de comunicação",

respectivamente com 25% de percentagem de frequência de respostas e 12,1% na "sexualidade como tabu".

No grupo dos técnicos, é notória uma atitude mais flexível face às questões relacionadas com o desenvolvimento psico-afectivo da jovem com deficiência mental, centrando as suas respostas nas categorias: "depende do grau de deficiência" (27,8%), "contexto psico-afectivo" (15,6), "Como qualquer outra jovem" (12,4%) e sem expressão significativa a "sexualidade como tabu" (2%).

Assim vejamos os testemunhos de alguns técnicos:

"(...) Depende do grau de deficiência. Uma jovem com deficiência mental ligeira pode manter uma relação estável. Depende também do parceiro e do contexto afectivo envolvente ." (♀, 54 anos, assistente social).

"(...) As jovens com deficiência mental são diferentes umas das outras. O controlo dos impulsos sexuais não se deve só à sua deficiência, mas sobretudo ao facto de não terem sido desenvolvidas competências pessoais e sociais que lhes permitam compreender os seus comportamentos num contexto socio-cultural ." (♂, 40 anos, professor de educação especial).

Julgamos que estes resultados se prendem com o facto de existir uma heterogeneidade na deficiência mental, que não é delimitada neste estudo, sendo a abordagem de carácter global.

Contrariamente à atitude positiva dos técnicos do grupo de estudo, outros resultados foram encontrados por Mitchell, Doctor e Buttler (1978 in Adams et al, 1982), em que os técnicos manifestavam posições muito conservadoras face à afectividade e sexualidade do jovem com deficiência mental, não aceitando qualquer tipo de comportamento sexual, incluindo o mero contacto físico.

Por outro lado, no estudo realizado por Martins (1995), os técnicos manifestaram dificuldades no seu auto-conhecimento e uma grande insegurança na forma de intervir face às diversas manifestações afectivo-sociais observadas nos jovens com deficiência mental.

No entanto, é sabido que os profissionais de reabilitação têm a possibilidade de estabelecer uma relação privilegiada com a população com deficiência, sendo reconhecida a sua importância no processo de desenvolvimento e autonomização do indivíduo com deficiência mental.

Efectivamente a hipótese foi confirmada, visto que existem diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos pais e dos técnicos, nesta dimensão.

Hipótese 3: Existem diferenças entre pais e técnicos face à sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente a dimensão - Informação/Educação Sexual.

Através da análise do Quadro 12, verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre pais e técnicos relativamente a esta dimensão ($p = 0,446$). Esta integra as questões abordadas nos itens: 5, 6 e 13 do questionário.

Apesar de se verificarem resultados médios no grupo de técnicos ligeiramente superiores aos do grupo de pais, respectivamente 69,97 e 64,75, podemos concluir que todos os participantes do estudo reconhecem a necessidade de mais Informação/Educação Sexual, quer para as jovens com deficiência mental, como para todos os que interagem com elas no seu dia-a-dia.

Igualmente entre o grupo de técnicos, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos profissionais A e B, conforme ilustra o Quadro 15 ($p = 0,711$).

A partir do Quadro 29, através da análise de conteúdo, verificam-se as percentagens de frequência de respostas dos sujeitos de estudo, distribuídos pelas várias categorias de análise.

Analisando o grupo de técnicos, constatamos que 49,2% manifestaram "necessidade de mais informação/formação" a este nível, constituindo para 10,2% "motivo de preocupação" acrescida, considerando também a importância da Educação Sexual para todos os jovens (10,2%), razão porque se referem à categoria "como qualquer outra jovem".

A maioria dos técnicos salientou a importância da educação sexual das jovens com deficiência, como medida preventiva do abuso sexual e gravidez indesejada, visto tratar-se de um grupo de risco, neste domínio.

Disso nos deram conta os testemunhos dos técnicos:

"(...) Informação igual a protecção. Sendo estas jovens um grupo de risco, uma das formas de procurar reduzir esses riscos, normalmente gravidezes indesejadas, passaria por proporcionar a referida educação sexual." (♂, 43 anos, obstetra).

"(...) Sinto necessidade de me informar melhor sobre a forma de comunicar os conteúdos às pessoas portadoras de deficiência, para melhor lidarem com a referida relação e para evitar abusos." (♂, 51 anos, terapeuta de psicomotricidade).

"(...) É fundamental obterem alguma informação, de acordo com o seu grau de compreensão e desenvolvimento, tal como é importante para os outros jovens não deficientes." (♀, 44 anos, psicóloga).

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, nomeadamente um inquérito levado a cabo em Paris, em 1978, pelo S.N.A.P.E.I. (Syndicat National des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés), em que se concluiu que o grupo dos profissionais são os mais abertos a que se fale do tema a todos os indivíduos com deficiência mental, qualquer que seja a gravidade do seu handicap.

Igualmente Gordon (1981), no seu estudo referia que os profissionais têm vindo a reconhecer o direito da pessoa com deficiência a expressar os seus sentimentos, assim como o acesso à informação básica e necessária sobre educação sexual.

Esta posição dos técnicos é contrariada pelo estudo de Mitchell, Doctor e Buttler (1978 in Adams et al, 1982), que concluíram que, apesar de grande parte dos técnicos considerar a educação sexual útil, preferiam não se envolver neste assunto. Isto implica que as pessoas que poderiam desenvolver programas de educação sexual, os técnicos, apresentam posições bastante conservadoras no que se refere à afectividade e sexualidade do indivíduo com deficiência mental.

Relativamente ao grupo de pais que integram o nosso estudo, verificamos que, comparativamente com os técnicos, apenas 29,5% manifestam "necessidade de informação/formação" sobre Educação Sexual, para dialogarem essas questões com as suas filhas. Nesse sentido, 17,1% consideram que esta abordagem terá de ser adaptada a cada jovem, de acordo com as suas capacidades cognitivas, visto que 14,8% manifestam "dificuldades de comunicação" com as suas filhas. Para alguns (15,9%) esta situação poderá ser atenuada com os apoios disponíveis, nomeadamente no "contexto familiar-institucional".

Disso nos deram conta alguns pais, quando afirmaram:

"(...) É importante para melhor preparação e responsabilização.

Teria que ser uma explicação adequada, numa linguagem acessível para elas, com aulas próprias sobre o tema." (♀, 43 anos, operária cerâmica).

"(...) Tenho poucas informações sobre o assunto e tenho medo em relação à minha filha. Se aprender a lidar com as questões que se apresentam, posso prestar melhor ajuda." (♀, 39 anos, auxiliar de acção médica).

"(...) Devia haver reuniões para preparar os pais. Porque temos sempre coisas novas para aprender, o que é muito bom, para também poder transmitir à minha filha." (♀, 39 anos, doméstica).

A partir da análise de conteúdo, concluímos que os pais manifestam alguma necessidade de orientação e apoio relativamente às questões afectivo-sexuais, salientando a importância da educação sexual nas escolas ou instituições de educação especial, que as suas filhas frequentam. Para isso contribui também o facto de não existirem programas de educação sexual em qualquer das instituições onde foi realizado o estudo.

Estes testemunhos vão de encontro aos resultados de um inquérito realizado por Ramos (1984) a pais, técnicos e adultos com deficiência mental, em que 64% das pessoas abordadas entendem que se deve falar aos indivíduos com deficiência mental neste assunto, mas de uma forma diferente, exigindo maior informação, orientação e educação neste campo.

Por outro lado, são contrariados pelo inquérito aplicado em Paris, em 1978, pelo S.N.A.P.E.I. (Syndicat National des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés), em que se concluiu que os pais são os que colocam mais restrições a que se fale sobre sexualidade aos seus filhos, reduzindo na maioria a informação aos indivíduos com deficiência classificados como médios.

Algumas investigações recentes vão ao encontro dos resultados obtidos no nosso estudo, nomeadamente Mercier et al (1997) verificaram que a maioria dos pais refere que a educação sexual é necessária para a população com deficiência mental com a mesma importância que para a população sem deficiência.

De facto, a condição de deficiência mental não anula, nem atenua a necessidade de uma intervenção em educação sexual, pelo contrário, existe nesta população uma necessidade ainda maior dessa intervenção (Marques, cit. Felix e Marques, 1995).

A Educação Sexual em pessoas com deficiência mental é importante, em parte devido à menor qualidade de experiências e vivências relacionais e também ao menor número e diversidade de contextos de vida a que têm acesso, relativamente a qualquer criança e jovem da sua idade (Loureiro, 1997).

Relativamente à hipótese inicialmente formulada, de que existem diferenças significativas entre pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "Informação/Educação Sexual", verificamos que não foi confirmada.

Hipótese 4: Existem diferenças significativas entre pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "Abuso Sexual".

Através da análise do Quadro 12, verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre pais e técnicos ($p = 0,208$) relativamente a esta dimensão. Esta integra as questões abordadas nos itens: 11, 12, 16 e 17 do questionário.

Ambos os grupos de estudo manifestam preocupação por esta temática, embora também nesta dimensão se verifiquem resultados médios ligeiramente mais elevados no grupo de técnicos, em relação ao grupo de pais, respectivamente 71,75 e 63,08.

Conforme ilustra o Quadro 15, igualmente entre os técnicos inquiridos, não se verificaram diferenças significativas ($p = 0,895$) entre os grupos A e B, em função da formação profissional, nesta dimensão.

Através da análise de conteúdo, constatamos que os pais consideram que o facto das suas filhas estarem despertas para as questões afectivo-sexuais as pode tornar mais facilmente vítimas de abusos sexuais, enquanto os técnicos contrariam esta posição.

Para os técnicos, o interesse manifestado pelas jovens permitirá serem esclarecidas e orientadas, facilitando a oportunidade e necessidade de educação sexual. Contudo, a preocupação de que estas jovens sejam mais vulneráveis a abusos sexuais, é partilhada e expressa, tanto por pais como por técnicos.

Disso nos deram conta, quando afirmaram:

"(...) São mais interessadas pelo assunto e também porque existem muitas pessoas ruins no mundo. É uma das maiores pre-

ocupações como mãe." (♀, 42 anos, auxiliar de apoio e vigilância).

"(...) Não é o facto de estarem informadas que as torna mais facilmente vítimas de abusos sexuais. Considerando a frequência com que os deficientes são explorados sexualmente, o que se impõe é a educação sexual e não o contrário." (♀, 24 anos, assistente social).

Importa salientar que os pais manifestam receio e consideram o estado de vulnerabilidade e insegurança das suas filhas, devido às diferenças e limitações inerentes à própria deficiência mental. Julgamos que o receio dos pais terá por base o facto de considerarem que as suas filhas não distinguem as intenções das pessoas do meio e não têm capacidade de agir em auto-defesa.

Daí que, conforme ilustra o Quadro 30, as suas respostas se centraram nas categorias: "contexto psico-afectivo" (26%) e "dificuldades de comunicação" por parte das jovens com deficiência mental (18,3%), situação que poderá variar de acordo com os contextos: "sócio-cultural" (14,4%) e "familiar-institucional" (12,5%).

Assim, vejamos de uma forma mais elucidativa, os testemunhos dos pais:

"(...) Sabe quem lhe faz bem e quem lhe faz mal, mas em actos, em intenções não sabe. Como não pensam mal de ninguém, são presas fáceis." (♀, 48 anos, funcionária pública).

"(...) Porque se aproveitam destas crianças e por não falarem podem abusar delas. Devido à sua fragilidade e dependência, não têm capacidade de se auto-defender." (♂, 39 anos, administrativo).

"(...) Isso acontece quando, infelizmente, as jovens não são protegidas pelos pais, familiares chegados, educadores, sociedade em geral." (♀, 48 anos, professora do ensino básico).

Neste estudo, verificamos também que os pais consideram que as suas filhas estão mais vulneráveis ao risco de assédio ou abuso sexual, comparativamente com as outras jovens, visto que a percentagem de frequência de registos na categoria "como qualquer outra jovem" é muito reduzida (4,8%), enquanto nos técnicos é ligeiramente superior (9%).

"(...) Não tenho informação sobre isso, mas parece-me mais fácil abusar ou violar um deficiente, porque não tem defesas." (♀, 43 anos, operária fabril)

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, nomeada-

mente o que foi levado a cabo por Craft e Craft (1978), onde se concluiu que alguns pais de jovens com deficiência mental temem que o seu filho possa constituir uma presa para a exploração sexual.

Também Amaral (1995, cit. Felix e Marques, 1995) refere que alguns pais, embora se apercebam das manifestações sexuais dos seus filhos, reprimem-nos por receios de eventuais riscos de abuso e exploração sexual ou de marginalização social. No que diz respeito às raparigas, o principal medo dos pais é a hipótese de violação e de gravidez involuntária.

Através da análise de conteúdo das respostas dos técnicos, verificamos que a percentagem de frequência dos registos se centrou sobretudo nas categorias: "depende do grau de deficiência" (20,4%), salientando também a "necessidade de mais informação/formação" (17,9%) para desenvolverem medidas de prevenção e intervenção sobre a problemática em questão.

Comparativamente, no grupo de estudo dos pais, apenas 9,6% manifestaram a "necessidade de mais informação/formação" a este nível.

Vejamos então o que afirmam os técnicos a este respeito:

"(...) provavelmente estarão mais vulneráveis. Há que ter em conta que o nível de deficiência, a maturidade, a percepção da situação e factores externos: educação e informação." (♀, 44 anos professora de educação especial).

"(...) A sua capacidade de auto-defesa é muito reduzida, não sabendo, em regra, distinguir uma brincadeira de um abuso." (♂, 52 anos, psicólogo).

"(...) É variável, pensando na deficiência ligeira e moderada pode ter essa capacidade. Depende também da educação e informação que lhe for transmitida. Obviamente que em deficientes graves, tal capacidade pode estar mais comprometida." (♀, 43 anos, psiquiatra).

Também nesta dimensão - "Abuso Sexual" - os técnicos manifestaram alguma indecisão nas suas respostas, atribuindo esta posição à heterogeneidade da deficiência mental. No entanto, não deixa de ser igualmente manifesta a sua preocupação, salientando a importância da Educação Sexual para a segurança dos jovens, pois para a maioria, um abuso sexual pode ser sentido como um interesse pela sua pessoa e vivenciado como agradável, sendo imperativo prevenir estas situações.

Esta problemática dos abusos sexuais sobre as pessoas com deficiência mental constitui uma realidade muito pouco conhecida. Há alguns anos que se tem abordado, mais abertamente, as situações de abuso sexual infantil, mas só mais recentemente se tem divulgado a dimensão do abuso sexual no que diz respeito à deficiência mental.

Como assistimos, nas últimas décadas, a um movimento de desinstitucionalização e inclusão social dos cidadãos com deficiência mental, com a sua participação na vida em sociedade, são também expostos a situações sociais complexas e ameaçadoras (Ericsson, 1985, cit. Mercier et al, 1997).

No seu estudo, Mercier et al (1997) abordam também a vulnerabilidade particular dos indivíduos com deficiência mental, referindo que é uma população mais vulnerável ao abuso sexual, dada a sua ignorância dos limites ditos "normais", em matéria de habilidades sociais e sexuais. Os autores referem mesmo que o risco de abuso sexual nesta população é quatro vezes superior ao da população em geral.

Também Loureiro (1997) aborda esta temática, considerando que os jovens com deficiência mental, tal como os outros, estão expostos a todo o tipo de mensagens sobre sexualidade, a todo o tipo de riscos: gravidez indesejada, abuso e exploração sexual, doenças sexualmente transmissíveis. Só que as limitações inerentes à deficiência mental, tornam-nos mais indefesos e vulneráveis.

Retomando a hipótese inicialmente formulada, de que existem diferenças estatisticamente significativas entre pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão - "Abuso Sexual", não foi confirmada.

Hipótese 5 - Existem diferenças significativas entre pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão "Autonomia/Responsabilidade."

Na análise do Quadro 12, verifica-se existirem valores médios superiores no grupo de estudo dos técnicos, relativamente ao grupo de estudo dos pais, respectivamente 85,35 e 40,41. Podemos concluir que existem diferenças significativas entre pais

e técnicos, nesta dimensão ($p = 0,00$). Esta integra as questões abordadas nos itens: 18, 19, 20, 21 e 22 do questionário.

A partir do Quadro 15, na análise do grupo de técnicos diferenciados pela formação profissional, constatamos não existirem diferenças significativas entre os grupos A e B, nesta dimensão ($p = 0,793$).

A análise dos resultados deste estudo permite-nos concluir que há uma grande preocupação por parte dos pais com o facto das suas filhas não se poderem responsabilizar pelos seus actos. Por outro lado, também nos permite constatar que os pais consideram que as suas filhas não têm capacidade para tomar decisões sobre a sua vida.

Pensamos que este facto está relacionado com as limitações apresentadas por estas jovens no seu desenvolvimento global.

Estes resultados são confirmados através da análise de conteúdo (Quadro 31), onde o grupo de pais apresenta uma percentagem de frequência de registos nas categorias: "dificuldades de comunicação" (42,3%), podendo a situação ser melhorada em função dos "contextos familiar-institucional" (18,5%) e psico-afectivo (16,2%).

Disso nos deram conta os testemunhos dos pais:

"(...) Já toma decisões, mas muito simples, sem grande relevo. Só da vida diária: alimentação, vestuário, administração da medicação. Não toma decisões de grande responsabilidade, nem sabe gerir o dinheiro." (♀, 43 anos, operária fabril).

"(...) A minha filha não tem noção do bem e do mal que pratica. Eu é que tenho de responsabilizar-me pelos seus actos, sou tutor dela." (♂, 55 anos, serralheiro mecânico).

No nosso estudo, chegamos também à conclusão de que a maioria dos pais inquiridos discordam de que as filhas venham a casar e que, conseqüentemente, possam assumir a responsabilidade dos seus filhos.

Estes resultados vão ao encontro do estudo efectuado por Martins (1995, cit. Felix e Marques, 1995) à população lisboeta, em que a maioria das pessoas considera que os indivíduos com deficiência mental não poderiam ter uma vida a dois.

Igualmente a investigação de Dias et al (1995) mostrou que o casamento é percepcionado como impossível, principalmente devido a factores de ordem económica. Este estudo revela tam-

bém que as mães mostram descrédito quanto à possibilidade dos seus filhos ou de outros indivíduos com deficiência serem independentes a vários níveis, apresentam anseio de transferência de responsabilidade nos casamentos de um indivíduo com deficiência mental com um indivíduo dito normal, ou medo da dupla responsabilidade nas uniões de dois indivíduos com deficiência mental.

Curiosamente, estas expectativas estão subjacentes no discurso de uma mãe, que entrevistamos, quando afirma:

"(...) Se fosse com um rapaz normal que a ajudasse, aceitava. Com um rapaz como ela não concordava, porque eu não duro sempre, para a orientar. Casar sim, ter filhos não, pelo risco de serem também deficientes." (♀, 54 anos, empregada de balcão).

Também no estudo realizado por Mercier et al (1997), para os pais o desejo de contacto físico é reconhecido, quer em relação aos próprios filhos, como também às pessoas com deficiência mental em geral. No entanto, a atitude altera-se quando se trata do desejo de ter relações sexuais, casar e ter filhos, na medida em que não é muito reconhecido em relação aos próprios filhos.

Em relação ao melhor método de contracepção para os adultos com deficiência mental, a maioria dos pais refere a esterilização como melhor método a adoptar.

Em toda esta recolha de opiniões, a questão que levanta mais problemas a todos é aquela que se prende com as consequências da actividade sexual, nomeadamente a vinda de filhos. A este respeito, a opinião dos autores considera os diferentes tipos de deficiência mental.

Allen Gomes (1995) refere que os indivíduos com deficiência mental moderada, devido à sua deficiência, não se podem responsabilizar inteiramente pela sua vida ou da sua descendência.

No caso dos indivíduos com deficiência mental severa, os cuidados decorrentes das suas limitações e falta de autonomia podem prolongar-se por longos períodos de tempo (Benson, 1989, cit. Pereira, 1996).

De acordo com Felix (1997), os indivíduos com deficiência mental ligeira têm compreensão e consciência das suas potencialidades sexuais e da capacidade de atingir o prazer. Podem iniciar e manter relações sexuais por iniciativa própria, bem como uma vida reprodutiva.

Por outro lado, os indivíduos com deficiência mental média não têm consciência do real significado das relações sexuais e da reprodução, podendo no entanto desempenhar a actividade. Estes indivíduos revelam frequentemente dificuldades na aquisição de hábitos de autonomia social e na compreensão dos convencionalismos sociais (Bautista, 1997).

No nosso estudo, esta diferenciação também é apresentada pelos pais (Quadro 26), quando correlacionamos o grau de deficiência das jovens com as dimensões, sendo a "Autonomia/Responsabilidade" a única dimensão que apresenta diferenças significativas ($p = 0,00$). Concluimos que os pais das jovens com deficiência mental ligeira e moderada consideram que as suas filhas têm maior capacidade de autonomia e responsabilidade, contrariamente à opinião manifestada pelos pais das jovens com deficiência mental severa e profunda.

Através da análise de conteúdo (Quadro 31) pudemos verificar que também os técnicos se referem à heterogeneidade da deficiência mental, visto que uma grande parte (32,1%) refere que a capacidade de autonomia e responsabilidade "depende do grau de deficiência" e das "características das jovens" em causa (9,6%), salientando também a importância do "apoio/suporte/orientação" (16,2%) para o desenvolvimento dessas capacidades.

Importa salientar que, conforme ilustra o Quadro 18, no que diz respeito ao item 25 do questionário, relativamente ao grau/nível de deficiência das jovens, a maioria dos técnicos (51) reportaram-se aos níveis ligeiro e moderado, 32 a todos os níveis de deficiência mental e apenas 2 sujeitos se referiram aos níveis severo e profundo.

Relativamente à capacidade das jovens tomarem decisões e assumirem consequentes responsabilidades, destacamos alguns comentários dos técnicos:

"(...) Dificilmente poderão fazê-lo. A capacidade de auto-gestão das suas vidas está limitada, necessitando de uma orientação muito "cerrada", de modo a seguirem o melhor caminho." (♂, 44 anos, psicólogo).

"(...) A assunção de responsabilidades depende da qualidade da intervenção ou apoios, das características da própria pessoa e grau de deficiência." (♂, 40 anos, professor de educação especial).

Relativamente ao casamento das jovens com deficiência, os

técnicos manifestam uma opinião mais favorável do que os pais, salvaguardando o direito à realização afectiva das jovens. Contudo, esta posição é limitada às situações de deficiência mental ligeira, prevenindo a concepção e implicando suporte familiar e técnico efectivos.

Assim, vejamos os testemunhos de alguns técnicos:

"(...) Todos têm direito a uma vida plena, dependendo do tipo de deficiência, teria que haver um apoio que permitisse essa decisão. No caso desta instituição, existe apoio residencial a casais portadores de deficiência mental." (♀, 24 anos, assistente social).

"(...) Dependendo do seu grau de deficiência e também do ambiente educativo e estruturado que lhe for proporcionado. Se realmente tiver um apoio efectivo e de qualidade sim, e desde que a sua deficiência lhe permita ser autónoma no seu dia-a-dia." (♀, 44 anos, psicóloga).

No que diz respeito à maternidade, os técnicos manifestam mais restrições, considerando, na sua maioria, que as jovens não são capazes de a assumir. Na opinião dos técnicos, deverá ser salvaguardado o direito da criança, que neste contexto seria prejudicado pela ausência ou insuficiência de competências maternas adequadas. Contudo, reconhecem que constitui uma questão ética complexa e que deverá ser limitada, mas não proibida.

Disso nos deram conta alguns técnicos, quando afirmaram:

"(...) Concordo, se estivesse excluída a possibilidade de ter filhos deficientes e se houvesse familiares para dar apoio à criança. Ainda assim, sendo muita da aprendizagem humana por modelamento, tenho algumas reservas. Os filhos precisam de ter uma mãe por "inteiro". (♂, 30 anos, psicólogo).

"(...) Nalguns casos há essa competência, noutros não há o mínimo de competência global, ou seja, para ser mãe (ou pai) não chega saber dar o biberão ou conduzir o carro do bebé. Obviamente são precisas muitas mais competências. É perante esta incapacidade que surge a limitação ao direito da maternidade." (♂, 43 anos, professor de educação especial).

Alguns técnicos, embora com expressão pouco significativa, manifestaram uma posição favorável à maternidade das jovens com deficiência mental ligeira, apontando a sua experiência profissional que lhes permite constatar essa capacidade.

Contudo, salvaguardando sempre as questões genéticas e em situações ou contextos protegidos.

Estes resultados são suportados por outros estudos, nomeadamente o inquérito levado a cabo em Paris, em 1978, pelo S.N.A.P.E.I. (Syndicat National des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) do qual se concluiu o seguinte:

- Em relação ao casamento, todos os grupos entrevistados, pais, profissionais e elementos do meio, na sua maioria, entendem que o mesmo não é desejável no caso dos indivíduos classificados com deficiência mental severa.

- Quanto ao nascimento de um filho, há uma reserva total por parte dos pais, sobretudo para os ditos severos, enquanto que são colocadas algumas reservas pelos outros dois grupos.

- Para todos os grupos, o nascimento de uma criança na população com deficiência mental foi considerada como um novo problema a resolver, sendo os pais o grupo que colocou o problema de uma forma mais negativa.

Ainda sobre outros aspectos da sexualidade na deficiência mental, nomeadamente a contracepção, Baldaro Verde em Itália (1979), a partir de um inquérito a técnicos e elementos do meio, pôde concluir que:

- A maioria das pessoas abordadas admite os contactos sexuais entre a população com deficiência mental, mas evitando sempre o risco de uma gravidez.

- A maioria exclui a procriação aos indivíduos com deficiência mental, referindo que os pais deveriam ter o direito a interrompê-la.

- Apenas uma pequena percentagem das pessoas inquiridas é a favor da esterilização desta população.

Igualmente o inquérito realizado por Ramos (1984) a pais, técnicos, jovens e adultos com deficiência mental e elementos do meio, obteve algumas conclusões que vão de encontro ao nosso estudo:

- 47% dos inquiridos consideram que o casamento só é desejável para os indivíduos com deficiência menos grave (médios e ligeiros).

- 35% admite o nascimento de filhos só para indivíduos com deficiência mental ligeira.

- 35% nega esse acontecimento para todos, qualquer que seja o grau de deficiência.

Também no estudo realizado por Johnson e Davies (1989) se concluiu que os técnicos apresentavam uma atitude mais liberal em relação ao aborto na população com deficiência mental, considerando-o preferível a levar a cabo uma gravidez.

Os resultados apresentados, fruto de vários estudos realizados, apesar das limitações que possam conter, dão-nos alguma informação sobre a percepção e atitudes dos pais, profissionais e outros elementos do meio, sobre esta temática.

Relativamente à hipótese inicialmente formulada, de que existem diferenças entre as atitudes de pais e técnicos na dimensão - "Autonomia/Responsabilidade", verificamos que a hipótese foi confirmada.

Hipótese 6 - Existem diferenças significativas entre pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, relativamente à dimensão - "Pressão Social/Estigmatização".

A partir do Quadro 12, verifica-se que o grupo de técnicos apresenta valores médios superiores (77,80) aos apresentados pelo grupo de pais (47,97), donde se conclui existirem diferenças significativas entre os dois grupos, nesta dimensão ($p = 0,00$). Esta integra as questões abordadas nos itens 23 e 24 do questionário.

Na análise do grupo de técnicos (Quadro 15) diferenciados pelo grupo profissional a que pertencem, constatamos não existirem diferenças significativas entre os grupos A e B, relativamente à "Pressão Social/Estigmatização" ($p = 0,484$).

No nosso estudo, verificamos que os pais, na sua maioria, consideram que a sociedade não aceita as manifestações afectivo-sexuais das jovens com deficiência mental, considerando-as como "actos socialmente inaceitáveis". Justificam esta posição da sociedade, em parte, devido à não aceitação generalizada da deficiência mental e, em particular, ao desconhecimento da sexualidade desta população.

Também os técnicos que trabalham directamente com jovens com deficiência, manifestam preocupação com a reacção da sociedade, considerando que, de uma forma geral, as pessoas que não têm contacto com estas jovens, não aceitam a sua vivência da afectividade e sexualidade. Na opinião dos técnicos, esta

atitude reflecte os preconceitos existentes sobre a sexualidade em geral, pelo que se torna imperativo promover a sensibilização e informação de todos os sectores da sociedade.

Através da análise de conteúdo, ilustrada no Quadro 32, facultamos a percentagem de frequência de registos nas diferentes categorias. Assim, na análise intergrupar, são os pais (21%) que mais se manifestam sobre a "pressão social/estigmatização" de que são alvo as suas filhas, comparativamente com as outras jovens sem deficiência, considerando 16,3% dos pais a existência de "preconceitos e tabus" por parte da sociedade, em torno desta temática.

Tal como nas outras dimensões, alguns pais (12,8%) referem a existência de "dificuldades de comunicação" das suas filhas, que implicam limitações na compreensão e retenção de informações, e que condicionam a percepção que têm da pressão social, ou da opinião dos outros.

Comparativamente, no grupo de técnicos apenas 14,7% manifestam que as jovens com deficiência mental estão mais sujeitas à "pressão social/estigmatização" e 11,2%, percebem a "sexualidade como tabu" por parte da sociedade, quer em relação à sexualidade em geral, como também particularmente agravado quando associado à deficiência mental.

Ambos os grupos de estudo salientam a importância do "grau de deficiência" das jovens, como condicionante da representação social e opinião dos outros, sendo a maioria dos técnicos (35,5%) e dos pais (31,4%) a manifestar essa opinião.

É interessante analisar que apenas no grupo de técnicos é expressa por alguns (9,1%) a "necessidade de mais informação/formação" da sociedade, considerando que o desconhecimento poderá contribuir para agravar os preconceitos existentes sobre esta matéria.

Disso nos deram conta os testemunhos de alguns técnicos:

"(...) Por não haver um esclarecimento adequado sobre a deficiência mental e a sexualidade. O desconhecimento das suas características leva a que a sociedade, de uma forma geral, rejeite. Eu própria tenho alguns preconceitos, por falta de informação." (♀, 40 anos, psicóloga).

"(...) É obvio que os rótulos sociais existem. O "olhar social" passa pela opinião de que os deficientes mentais são "anormais",

"assexuados" e incapazes de terem uma sexualidade própria." (♀, 31 anos, assistente social).

"(...) Esta questão remete para a representação social a nível da sexualidade e deficiência mental. A sexualidade é uma das questões que mais controlo social tem. A nível do duplo tabu sexualidade/deficiência mental, esse controlo é mais intenso e mais negativo." (♂, 40 anos, pedo-psiquiatra).

Esta posição favorável dos técnicos vai ao encontro do estudo realizado por Jonhson e Davies (1989). Contudo, os autores alertam para o facto de que, frequentemente a opinião dos técnicos acerca da vivência da afectividade e sexualidade do jovem com deficiência mental é favorável, mas quando é confrontada com a opinião dos próprios jovens, verifica-se que não há convergência entre o que dizem e os seus comportamentos.

Estes resultados são sustentados pelo estudo de António Martins (1995), que concluiu que as atitudes mais frequentes por parte da sociedade são a negação desse direito à pessoa com deficiência, reprovando qualquer manifestação que socialmente seja exibida por eles, ou muito frequentemente, expondo essas manifestações ao ridículo, projectando nessa atitude a sua incapacidade de viver a sua própria sexualidade.

Esta visão da sexualidade na deficiência mental é também evidente no discurso dos pais, quando afirmam:

"(...) Eu própria tenho preconceitos, porque a minha filha é uma criança, embora perfeita. Não posso aceitar a sua sexualidade. Se não têm cabeça para se orientar, porque hão-de viver a sua sexualidade?" (♀, 43 anos, operária têxtil).

"(...) A sociedade em geral não tem sequer ideias sobre a sexualidade das jovens deficientes mentais. Porque não aceitam os deficientes, muito menos a sua sexualidade." (♀, 45 anos, empregada doméstica).

"(...) A sociedade tem como sinónimo de deficiente mental - agressivo sexual, tarado sexual. Isso já se passou em minha casa, com os meus filhos." (♀, 64 anos, professora do ensino básico / reformada).

Neste contexto, podemos concordar com alguns autores, quando referem que: "as famílias das crianças com deficiência mental aprendem a lidar com um conjunto de obstáculos, sendo os mais frequentes interações sociais estigmatizantes" (Omote, 1980; Ramos,

1987; Vash, 1988; cit. Coelho e Coelho, 2001, p. 138).

Assim, da mesma forma que a criança é reconhecida socialmente como deficiente mental e, conseqüentemente estigmatizada, os seus pais também podem adquirir o estigma, ficando privados de certas oportunidades sociais, "em muitos casos ocorre o afastamento físico e emocional, pois muitos pais escondem os seus filhos, não procurando atendimentos especializados." (Coelho e Coelho, 2001, p. 142).

No que se refere a esta dimensão, os resultados do estudo apontam no mesmo sentido de Pereira (1997), que considera que a posição da sociedade relativamente à temática da afectividade e sexualidade permanece extremamente conservadora, parecendo mesmo absurdo imaginar que um indivíduo com deficiência mental seja um ser sexualizado.

Importa salientar que o facto do indivíduo com deficiência mental apresentar um funcionamento intelectual abaixo da média e dificuldades na capacidade adaptativa não significa que não seja capaz de obter uma conduta sexual compatível com as exigências pessoais e sociais (Pereira, 1997).

A conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por factores ambientais. Os ambientes integrados oferecem maiores probabilidades de reforçar condutas integradas. Se lhes é proporcionada a vantagem da integração, também devem ser orientados em relação a habilidades e atitudes de comportamento social adequado (Loureiro, 1997).

Esta questão remete, de novo, para a necessidade de promover a sensibilização e informação das pessoas com deficiência, das famílias, dos profissionais, em suma, da sociedade em geral, para as vantagens da educação sexual.

B - Análise intragrupal (Técnicos)

Relativamente às variáveis que consideramos poderem exercer alguma influência nas atitudes dos técnicos, consideramos que se deveria ter em conta o nível de formação profissional e a experiência profissional desenvolvida junto da população com deficiência.

Analisando a variável Formação Profissional, constatamos que não se verificou a influência desta variável nas atitudes dos técni-

cos face à afectividade e sexualidade das jovens.

Através do Quadro 15, verificamos não existirem diferenças significativas entre os grupos A e B, em qualquer das dimensões do estudo (p não significativo).

Era nossa convicção que encontraríamos diferenças significativas entre os técnicos, pela heterogeneidade da sua formação profissional, o que não se verificou. Isto demonstra que o que está subjacente às atitudes dos técnicos são sobretudo as suas crenças, valores e representações sociais, que se sobrepõem aos conhecimentos académicos e formação profissional que possuem.

No entanto, estes resultados são contrariados por outros estudos, nomeadamente o de Jones (1987), que refere que a formação dos técnicos representa uma importante via de promoção de mudanças positivas nos técnicos, que podem influenciar todo o ambiente social e ecológico da instituição e a qualidade de vida de cada membro da instituição.

Analizando a variável Experiência Profissional, constatamos que se verificou a influência desta variável nas atitudes dos técnicos face à afectividade e sexualidade das jovens.

Assim, através do Quadro 17, verifica-se a existência de diferenças significativas entre os grupos profissionais quando comparados pela sua experiência profissional/anos de serviço, relativamente à dimensão "Pressão Social/Estigmatização" ($p = 0,046$).

Constatamos que os técnicos que possuem maior experiência profissional na área da deficiência, apresentam valores médios superiores aos apresentados pelos técnicos que iniciaram funções mais recentemente. Os primeiros manifestam mais preocupação do que os segundos pela pressão social e estigmatização a que as jovens com deficiência mental estão sujeitas, no que diz respeito às questões afectivo-sexuais.

Julgamos que esta posição se deverá atribuir à dualidade formada pelo contacto frequente e directo com a população com deficiência e as experiências vivenciadas pelos sujeitos na sua prática profissional diária.

Estes resultados vão de encontro a outros estudos sobre atitudes dos técnicos e a forma como estas variam ao longo do tempo (Morrison e Becker, 1975; Sorenson e Galano, 1976;

Watson e Uzzell, 1980, in Zlomke e Benjamim, 1983). Estes estudos demonstraram que as percepções dos técnicos acerca dos problemas da instituição, bem como a sua capacidade de resposta, aumentaram ao longo do tempo, quando comparadas com o período inicial de serviço, verificando-se uma mudança nas suas atitudes.

Igualmente num estudo de Shinke e Wong (1977, in Zlomke e Bejamim, 1983) concluiu-se que a evolução dos técnicos, ao nível da mudança de atitudes e conhecimentos, contribuiu para que se verificassem mudanças positivas nos indivíduos com deficiência, nomeadamente através de um aumento da frequência de inter-acções entre os técnicos e estes indivíduos.

Também no estudo de Pereira (1996), foi verificada uma maior adequação dos comportamentos dos professores mais experientes às necessidades das famílias das crianças e jovens com deficiência.

A este nível, os técnicos poderão assumir um papel importante, como indutores de mudanças de atitudes e das imagens mentais que as determinam, fomentando o desenvolvimento de comportamentos mais positivos face à população com deficiência.

C - Análise intragrupal (Pais)

Relativamente às variáveis que consideramos poderem exercer alguma influência nas atitudes dos pais, pensamos que se deveria ter em conta o sexo, a idade, a profissão, as habilitações dos mesmos e o grau de deficiência mental das suas filhas. Neste sentido, constatam-se algumas diferenças relevantes, na análise do grupo de pais.

Analisando a variável Sexo dos Pais, é importante salientar que não se verificou a influência desta variável nas atitudes dos pais face à afectividade e sexualidade das suas filhas.

Conforme ilustra o Quadro 20, concluímos não existirem diferenças significativas em qualquer dimensão do estudo (p não significativo), relativamente aos pais e mães inquiridos.

Analisando a variável Idade dos Pais, conforme podemos verificar a partir da análise do Quadro 22, também não se verificou a influência desta variável nas atitudes dos pais face a esta

temática. Constatamos não existirem diferenças significativas em qualquer das dimensões do estudo (p não significativo).

Estes resultados são contrariados pelo estudo realizado por Vilar (1999). O autor conclui que existe uma correlação negativa entre a idade dos pais e o ambiente familiar sobre a sexualidade, ou seja, quanto mais velhos são os progenitores, menos aberto e permissivo é o ambiente familiar no que toca às expressões e abordagem de questões relacionadas com a sexualidade.

Igualmente no estudo de Pereira (1996) os resultados indicam que a uma idade mais elevada dos pais corresponde uma maior dificuldade no funcionamento da vida familiar. O tempo parece funcionar aqui como factor de desgaste na relação familiar.

Analisando a variável Profissão dos Pais, é importante salientar que não se verificou a influência desta variável nas suas atitudes face à afectividade e sexualidade das suas filhas.

Através do Quadro 24, constatamos que não existem diferenças significativas em qualquer das dimensões do estudo (p não significativo). Contudo, o grupo 1 (que integra os níveis profissionais mais elevados), apresenta valores médios superiores aos do grupo 2 (que integra os grupos profissionais mais baixos), em todas as dimensões, à excepção do "Abuso Sexual".

Concluímos que os pais de nível profissional mais elevado consideram as suas filhas mais capazes de distinguir as intenções dos outros e, por conseguinte, com menos probabilidades de risco de serem vítimas de abuso sexual.

De acordo com Vilar (1999), quanto mais elevado é o estatuto profissional dos pais, mais estes adoptam uma atitude liberal e permissiva ao nível da afectividade e sexualidade dos seus filhos.

Relativamente à variável Habilitações dos Pais, constatamos que se verificou a sua influência nas atitudes dos pais face à afectividade e sexualidade das suas filhas.

Através do Quadro 25, verificamos que existem diferenças significativas nas atitudes dos pais, de acordo com as suas habilitações, relativamente a algumas dimensões do estudo: "Educação Sexual" ($p = 0,033$), "Pressão Social / Estigmatização" ($p = 0,016$) e "Autonomia / Responsabilidade" ($p = 0,046$).

De acordo com estes resultados, os pais com nível de habilitações mais elevado (secundário / superior) apresentam valores

médios superiores aos pais com nível de habilitações mais baixo (sem escolarização / ensino básico), em todas as dimensões do estudo mas, de forma mais significativa, nas três dimensões referidas.

Concluímos que quanto mais elevado é o nível sócio-cultural dos pais, maior é o reconhecimento do direito das suas filhas viverem a afectividade e sexualidade, considerando-as menos infantis a este nível. Também é maior a aceitação das filhas virem a ter um filho e a convicção de que seriam capazes de cuidar dele.

Da análise de conteúdo, importa salientar a existência de um espaço de comunicação mais forte entre eles e as filhas, ou seja, há um maior incentivo e apoio dos pais ao nível da transmissão de conhecimentos e informação relativamente à dimensão afectivo-sexual.

Esta constatação encontra-se em congruência com o pressuposto de Vilar (1999), segundo o qual as atitudes mais liberais são mais frequentes nos sujeitos com maior escolaridade.

Neste sentido, quanto menor o nível de escolaridade dos progenitores, maior é a dificuldade de abordagem das questões sexuais e menor a frequência de conversas sobre estas questões. Em geral, são os progenitores menos escolarizados que são mais conservadores, os que comunicam menos e com maiores dificuldades sobre questões relacionadas com a sexualidade (Vilar, 1999).

Para o autor, é nas classes mais favorecidas e nos grupos sociais mais instruídos que se destacam maiores níveis de comunicação entre os pais e os filhos sobre questões relacionadas com a afectividade e sexualidade.

Parece assim, confirmar-se a ideia de que das famílias com filhos com deficiência, as constituídas por pais com nível escolar mais baixo se encontram numa situação de maior vulnerabilidade, necessitando de um apoio mais consistente para poderem responder às necessidades específicas dos seus filhos (Pereira, 1996).

Analisando os resultados relativos ao Grau de Deficiência das jovens, verificou-se alguma influência desta variável nas atitudes dos pais face à afectividade e sexualidade das suas filhas.

Conforme ilustra o Quadro 26, existem diferenças significativas

entre os pais, de acordo com o grau de deficiência das suas filhas, relativamente à dimensão "Autonomia / Responsabilidade" ($p = 0,00$).

Constata-se que existe uma maior preocupação por parte dos pais de jovens com deficiência mental severa e profunda, relativamente à sua capacidade de autonomia e responsabilidade, do que por parte dos pais de jovens com deficiência mental ligeira e moderada.

O primeiro grupo está mais preocupado com o facto das suas filhas não se poderem responsabilizar pelos seus actos, do que o segundo grupo. Os pais de jovens com deficiência mental ligeira e moderada consideram que as suas filhas têm maior capacidade de autonomia e responsabilidade, relativamente aos pais de jovens com deficiência mental severa e profunda.

Como referimos anteriormente, na análise da dimensão "Autonomia / Responsabilidade", estes resultados vão ao encontro da opinião e estudos de vários autores, nomeadamente: Allen-Gomes (1995), Felix (1997) e Bautista (1997).

A literatura existente aponta para o facto de as necessidades das famílias, o seu envolvimento nos programas educativos dos filhos e as suas expectativas em relação à eficácia dos programas variarem em função do tipo e grau de deficiência da criança/jovem (Pereira, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"(...) Cada pessoa, deficiente ou não, deve ter acesso à informação básica e necessária quanto à sexualidade e, mais ainda, deve ter direito à expressão sexual."

Declaração das Nações Unidas (in Gordon, 1981)

Como vimos anteriormente, as atitudes de um indivíduo nem sempre se traduzem nos seus comportamentos. Este age, muitas vezes, por aprendizagem e observação, influenciado pelos parâmetros sociais e o contexto envolvente. Assim, as atitudes podem ser formadas em conformidade com os comportamentos sociais que os indivíduos exibem face a um determinado objecto ou situação, num momento particular.

No que se refere às atitudes face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, existe todo um sistema afectivo formado por acontecimentos passados e experiências pessoais, bem como um sistema cognitivo e influências sociais, que exercem um papel fundamental na sua formação e evolução. Isto significa que, para além de contribuírem para o aparecimento de determinados comportamentos e reflectirem os conhecimentos dos sujeitos, as atitudes face à pessoa com deficiência, transmitem emoções e sentimentos.

Falar de sexualidade nunca é fácil, pois nem todas as pessoas a percebem e vivenciam da mesma forma. Falar sobre ela na deficiência mental é ainda mais difícil, pois apesar de termos em conta os princípios referidos, constatamos no dia-a-dia que não são aplicados à maioria dos jovens.

Sabemos que é através dos múltiplos contactos sociais que os jovens constroem e elaboram a sua afectividade e sexualidade. Contudo, continuamos a observar a existência de pouca abertura das instituições de educação especial, no sentido de promover esses contactos e proporcionar aos jovens a possibilidade de conviver com os seus pares em ambientes exteriores ao familiar.

A sexualidade do indivíduo com deficiência mental é ainda um domínio pouco estudado, gerador de conflitos, tanto para o indivíduo, como para a sua família e para os profissionais que com ele trabalham.

Quando se fala da sexualidade e, no caso específico da pessoa com deficiência mental, ainda assistimos a uma concepção de tipo conservador: "O que não deve ser, não existe".

A atitude de recusa e descrédito em relação a esta temática deve-se ao desconhecimento e incompreensão de toda a problemática da deficiência. O "rótulo" de deficiente atribuído ao indivíduo constitui uma fonte de estigma, que não surge apenas como reflexo da diferença, mas sim como motor de atitudes e comportamentos negativos por parte da sociedade, como a rejeição, que vão influenciar o indivíduo, quer ao nível da sua auto-estima e auto-confiança, como em todo o seu desenvolvimento psicossocial e cognitivo.

São as atitudes (positivas ou negativas) face ao indivíduo com deficiência que vão determinar a maior ou menor dificuldade com que este lidará com o seu "handicap", com consequências a nível do seu desenvolvimento, marcando igualmente a esfera da afetividade e sexualidade e condicionando todo o processo de reabilitação.

Um papel importante na forma como a sociedade representa os indivíduos com deficiência é desempenhado pelos meios de comunicação social. Num contexto sócio-cultural, em que a mensagem veiculada atribui importância a valores como a aparência física, a inteligência, o comportamento "normalizado", consequentemente o indivíduo com deficiência mental é reduzido a uma imagem de inferioridade, de incapacidade, de menoridade social.

Neste estudo, procuramos abordar as atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com deficiência mental, tendo-se verificado algumas diferenças significativas entre os dois grupos de estudo, assim como a influência de algumas variáveis nas atitudes dos sujeitos.

Ao iniciarmos este trabalho, era nossa convicção que iríamos encontrar maior afastamento entre as posições de pais e de técnicos, mas a análise mais detalhada dos resultados permitiu-nos desmistificar um pouco essa ideia. Verificamos que, embora se tenham confirmado algumas hipóteses de investigação, as diferenças encontradas não são tão significativas como esperávamos, no que respeita à temática em estudo.

Procuramos também analisar a relação existente entre a formação profissional dos técnicos e as suas atitudes perante a afec-

tividade e sexualidade das jovens com quem desenvolvem a sua actividade profissional. Nesta análise, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos profissionais estudados, em qualquer das dimensões do estudo.

Esta constatação remete-nos para a importância relativa da formação académica e profissional, que a este nível, não exerceu influência, mas sim os valores, as crenças e as representações sociais que os indivíduos têm sobre a sexualidade e, particularmente na deficiência mental.

Tendo em conta os resultados obtidos, poder-se-ia concluir que as atitudes dos sujeitos inquiridos são positivas, pois reflectem um discurso liberal, baseado na capacidades dos indivíduos com deficiência, embora referindo alguns limites e condicionalismos no que se refere a esta temática. Contudo, num estudo desta natureza, não podemos deixar de destacar algum peso dos mecanismos de defesa nas respostas obtidas dos sujeitos inquiridos e das limitações do estudo realizado.

Retomando a hipótese principal do estudo, concluímos que as dimensões do mesmo em que se verificaram diferenças significativas entre pais e técnicos foram as seguintes:

- Atitudes face à sexualidade
- Desenvolvimento psico-afectivo e sexual
- Autonomia / Responsabilidade
- Pressão Social / Estigmatização

Verificamos que os técnicos, na sua maioria, concordam que as jovens têm direito a viver a sua vida afectiva e sexual, sendo este aspecto inerente ao ser humano e, como tal, um direito que lhes assiste.

Ao nível das questões mais específicas do estudo, tal como o casamento, a maternidade e os aspectos relacionados com a autonomia e responsabilidade, os técnicos manifestam uma posição indecisa, justificando com os seus conhecimentos sobre a heterogeneidade da deficiência mental, que não lhes permite fazer generalizações.

Segundo Grossman (1983, in Félix, 1995), a característica mais marcante dos indivíduos com deficiência mental é a heterogeneidade.

Relativamente aos pais que integraram o nosso grupo de estudo, os resultados obtidos evidenciaram as suas preocupações

com as limitações na capacidade de autonomia e responsabilidade das suas filhas, limitações que se prendem com o seu desenvolvimento global.

A este nível, os seus testemunhos, por vezes expressos de forma emotiva, transmitiram-nos a angústia e preocupação permanentes relativamente ao futuro das suas filhas. Esta situação é consistente com a literatura especializada, quando refere que a maior preocupação das famílias diz respeito ao futuro das crianças e jovens com deficiência, particularmente ao desenvolvimento das suas competências, ao seu estatuto e aos serviços de apoio social de que podem beneficiar (Bailey, Simeonsson, 1998; Turnbull, 1990; Gallaghen, 1983; cit Pereira, 1996).

Foram também manifestadas pelos pais, com elevada frequência de registos, as dificuldades sentidas a nível da comunicação com as suas filhas, sobre questões relacionadas com a afectividade e sexualidade.

A este nível, os técnicos manifestaram também algumas dificuldades, referindo a necessidade de actualização dos métodos educativos, para melhorar a qualidade da intervenção junto desta população.

Em toda a recolha de opiniões, verificamos que a questão que suscita mais preocupação a todos os inquiridos, é aquela que se prende com as consequências da actividade sexual, nomeadamente o nascimento de filhos.

Relativamente às dimensões: "Informação/Educação Sexual" e "Abuso Sexual", importa salientar que não se verificaram diferenças significativas entre pais e técnicos. Esta constatação permite-nos concluir que o facto das posições de pais e técnicos se conjugarem, a este nível, poderá perspectivar um trabalho em parceria e complementaridade.

Concluimos assim, que todos os participantes do estudo manifestam necessidade de mais informação em matéria de educação sexual e implementação de medidas preventivas do abuso sexual. Estão preocupados com o abuso sexual na população com deficiência mental, considerando estas jovens mais indefesas e vulneráveis.

Para ajudar a pessoa com deficiência mental a enfrentar estas desvantagens, torna-se essencial proporcionar-lhe, o mais precocemente possível, uma educação sexual formal, em que a sexu-

alidade seja abordada de uma forma explícita, isto é, objecto de uma intervenção pedagógica intencional e estruturada, assumindo ou não a forma de programa (Loureiro, 1997).

A Educação Sexual só será eficaz se for equacionada numa perspectiva de promoção do desenvolvimento psicosssexual em particular, inserido no contexto mais amplo do desenvolvimento psicológico global. Sendo o desenvolvimento psicosssexual do indivíduo com deficiência mental, como o de qualquer outro, resultante da interacção deste com os outros nos contextos de vida em que se desenvolve (escola, família, colegas, vizinhos, comunidade em geral), todos os que se relacionam e interagem com ele poderão fazer Educação Sexual e influenciar positiva ou negativamente esse desenvolvimento (Loureiro, 1997).

Por conseguinte, há que intervir de forma intencional sobre esses contextos, alterando a qualidade dessas interacções e suscitando outras. Isso pressupõe a elaboração e a implementação, o mais cedo possível, de programas de intervenção de carácter formativo junto de pais e profissionais (educadores, professores e outras pessoas significativas) que interagem com o indivíduo com deficiência.

A intervenção junto dos pais, quer tenha um carácter psico-terapêutico, quer formativo, deverá ser empreendida o mais próximo possível do nascimento dos seus filhos.

Assim, qualquer intervenção de carácter formativo programada para os pais, deverá contemplar uma mudança de atitudes, valores, expectativas e representações sociais em relação à deficiência mental, interiorizadas pelos pais ao longo do seu desenvolvimento. Esta mudança é determinante para a sua acção educativa futura, pois são eles os principais agentes educativos. Deverá ser-lhes proporcionada a oportunidade, de adquirirem alguns conhecimentos de base sobre o modo como se processa o desenvolvimento psicosssexual, como desenvolverem novas capacidades e competências que facilitem o desempenho das tarefas educativas.

Para os profissionais, deverá ser concebido um programa de intervenção idêntico, com as necessárias alterações que a especificidade da sua função e formação impõem, assim como a avaliação prévia das suas necessidades de formação nesta área.

Na realidade actual, é também consentânea a importância da

cooperação activa e concertada entre os profissionais (contexto escolar ou outros) e os pais (contexto familiar) ao longo de todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento da criança/jovem com deficiência mental.

As equipas de saúde, quer ao nível dos cuidados primários, como diferenciados, nomeadamente na área de saúde materno-infantil, poderão também desempenhar um papel activo no aconselhamento e orientação sexual, equipas multidisciplinares que devem integrar, necessariamente, um Técnico de Serviço Social.

Há que intervir igualmente junto dos pares, uma vez que eles são uma das fontes de informação sexual mais influente e de identificação mais frequente para o jovem.

Há que integrar efectivamente a Educação Sexual nas políticas educativas, não apenas para a população dita “normal”, como a que apresenta deficiência, de forma a poder desenvolver-se uma intervenção mais adequada e uma consequente melhor reabilitação psicossocial.

Limites e sugestões

Nesta fase final do trabalho, importa salientar algumas das limitações constatadas ao longo deste estudo. O tipo de estudo e o modelo utilizado remetem para aspectos relacionados com a sua validade interna e externa.

Uma primeira limitação prende-se com o tipo de instrumento utilizado, o questionário com questões abertas, que embora permita uma análise mais detalhada das atitudes, por outro lado a análise de conteúdo das respostas está condicionada a alguma subjectividade inerente à interpretação do investigador.

Verificamos também limitações relacionadas com o tema do trabalho, que incidiu sobre a jovem com deficiência mental, não tendo sido definido o nível/tipo de deficiência mental. Por um lado, a heterogeneidade da patologia e, por outro, a sua incidência na população masculina (0,8% e 0,6% na população feminina, in Censos 2001) dificultaram a acessibilidade à população do estudo.

Constatamos outra limitação que se prende com o tema, nomeadamente as questões de afectividade e sexualidade, que poderão estar impregnadas de preconceitos, assim como os

estigmas existentes em torno da deficiência mental.

A este respeito, as respostas dos pais foram mais restritas, revelando algum preconceito e receio relativamente a este tema. No grupo de técnicos entrevistados, a abordagem foi mais facilitada, embora nos pareça que responderam de forma mais consentânea com as expectativas, não querendo ser julgados como pouco informados e pouco sensíveis a esta problemática.

Estes aspectos condicionaram também a acessibilidade aos grupos de estudo, pois consideramos que o alargamento a um maior número de pais enriqueceria os resultados, por se tratar de um estudo de carácter comparativo.

Tentamos também alargar a nossa amostragem, em termos geográficos, através do contacto com uma instituição de Educação Especial da área urbana de Lisboa, mas os resultados obtidos foram escassos. Pensamos que a diversidade de ordem geográfica poderia também enriquecer esta investigação.

Salientamos também a escassez de bibliografia sobre o tema, nomeadamente estudos realizados em Portugal, o que dificultou o suporte e discussão dos resultados obtidos. A bibliografia existente sobre a deficiência mental e a sexualidade, como temas distintos, é extensa, mas é escassa ao nível da abordagem integrada dos dois temas.

Por último, importa referir as limitações de ordem temporal, pois o tempo de que dispúnhamos para esta pesquisa era escasso para um estudo deste tipo. Temos a noção de que o tema é vasto para ser esgotado e que muito ficou por dizer, interrogar e analisar. Nesse sentido, deixamos algumas pistas para futuras investigações.

Consideramos que seria interessante estender o estudo à população com deficiência mental do sexo masculino, para analisar as particularidades relativamente ao género feminino e masculino.

Concluímos também ser necessário melhorar a formação dos profissionais e prestar informação aos pais ao nível das técnicas de comunicação essenciais para poderem promover a Educação Sexual, pois verificámos que esta necessidade foi bastante enfatizada pelos dois grupos.

Parece-nos que seria também inovador o estudo das implicações da deficiência na família, começando pelo apoio aos pais, quando do anúncio do diagnóstico da criança, o acolhimento da

criança com deficiência, como factores condicionantes do processo de integração. A este nível, existem poucos estudos, ouvindo directamente os testemunhos dos pais.

Seria importante incentivar e organizar apoios para a investigação na área da deficiência mental, pois no nosso país as iniciativas são reduzidas, dispersas e cabem quase exclusivamente às Associações de Apoio a Deficientes. Trata-se de uma área relegada para segundo plano, como "parente pobre" da investigação.

Mais informação, mais esclarecimento, sistematizado ou não, aos pais, profissionais e população em geral, contribuiriam para diminuir os preconceitos e estigmas existentes.

Constatamos que outras minorias étnicas e culturais têm mais expressividade ao nível da investigação e intervenção. A cada indivíduo deve ser concedida a oportunidade de dar a conhecer e promover a sua riqueza interior, a sua diversidade.

Num mundo de pluralismo cultural, étnico e social, impõe-se o respeito pela diferença e individualidade de cada um.

BIBLIOGRAFIA

Adams, Gary L.; Tallon, Robert, J.; Alcorn, D. (1982) . Attitudes Toward the Sexuality of the Mentally Retarded and the Nonretarded Persons. *Education and Training of the Mentally Retarded*. 17 (4), 307-312.

Aizpurua, I. (1984). *Sexualidad y Subnormalidad (actitudes de los Padres y Educadores)*. País Vasco: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Alcorn, D. A (1974). Parental views on sexual development and education of the trainable mentally retarded. *Journal of Special Education*. 8 (2), 119-130.

Aldecoa, T. V.; Spooner, F. (1996). *La familia del deficiente mental*. Madrid: Pirámide.

Allen A. (1995). Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes. In I. Félix, A M. Marques. (Ed.), *E nós... Somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental Lisboa: Associação para o Planeamento da Família*. 11-28.

Allen, A. (1991). Educação Sexual para os deficientes?. *Revista Planeamento Familiar*. (51), 8-9.

Allen, F., et al. (1987). *Sexologia em Portugal: A Sexologia Clínica*. 1ª ed., Vol. I. Lisboa: Texto Editora.

Allen, F., et al. (1987). *Sexologia em Portugal: Sexualidade e Cultura*. 1ª ed., Vol. II. Lisboa: Texto Editora.

Allport, G. W. (1967). Attitudes. In: *Attitudes Theory and measurement*. NewYork: John Wiley and Sons.

Almeida, J. F. e Pinto, J. M. (1995) A investigação nas Ciências Sociais, Lisboa: Presença
American Association of Mental Retardation. (1992) Mental Retardation: Definition, classification, and systems of supports (9ed.) Washington, DC: AAMR.

American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (4ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

Aminidav, C.; Weller, L. (1995). Effects of country of origin, sex, religiosity and social class on breadth of mental retardation. British Journal of Mental Development. (80), 47-56.

Andrada, M.; Levy, M.; Feijó, M. (1981). Etiologia e Diagnóstico da Deficiência Mental. Psicologia, II 2/3. 111-116

Andrada, M.G. (1981). Deficiência Mental por factores ambientais. Psicologia, II 2/3, 117-127.

Andrada, M.G. (1991). Conceito de Deficiência. Secretariado Nacional de Reabilitação.

Arthus, A. (1976). Dificuldades sexuais na infância e na adolescência. Lisboa: Publicações Europa-América.

Bairrão, J. (1981). Sobre a Deficiência Mental. Psicologia, II 2/3.

Bambrick, M.; Roberts, G. E. (1991). The sterilization of people with a mental handicap: the view of parents. Journal of Mental Deficiency Research. 35 (4), 353-363.

Bardin, Laurence (2000). Análise de Conteúdo, Edições 70, Lisboa.

Bautista, R. (1997). Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Dinalivro. 185-207.

Brantlinger, E.A. (1987). Influencing Staff Attitudes. In: Mental Handicap and sexuality: issues and perspectives, A. Craft. Kent: Costello, 177-206.

Buscaglia, L. (1993). Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento, 2a ed. Rio de Janeiro: Record.

Chaplin, J. (1981). Dicionário de Psicologia. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Coelho, L. e Coelho, R. (2001). Impacto psicossocial da deficiência mental. Revista Portuguesa de Psicossomática. Vol. 3, nº 1. Sociedade Portuguesa de Psicossomática, 123-143.

Craft, M. e Craft, A. (1988). Sex and Mentally Handicapped: A Guide for Parents and Cares. London: Routledge. 70-87.

Deisher, R.W. (1973). Comportamiento sexual de los subnormales reclusos en instituciones. In: Sexualidad y retraso mental, F.F. De la Cruz y G.D. La Veck. San Sebastian: SIIS, 115-122.

Delville, J; Mercier, M. (1997). Sexualité. Vie Affective et Déficience Mentale. Paris: De Boeck Université.

Dias T.; Denari, F.; Sampaio, I.; Semionato-Toso, E.; Zanildo, L. (1995) . Deficiência Mental e Sexualidade: A perspectiva de mães de deficientes. Integração Brasília, 6 (15), 7-14.

Duplay, M. (1982) Étude Critique de Publications Traitant de la Sexualité des Handicapés Mentaux. In Waynberg, J., Handicap et Sexualité. Paris: PUF.

Dupras, A. (1999). La promotion de la qualité de vie sexuelle des personnes handicapées mentales vivant en institution: un cadre de référence pour un project éducatif. Handicap: Revue de Sciences Humaines et Sociales (83). Paris. 63-78.

Eco, U. (1998) Como se faz uma tese em ciências humanas. 7ª ed. Lisboa: Presença.

Félix, I. (1997). Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental. Revista da Fenacerci, 40-43.

Félix, I; Marques, António M. (1995). E nós... Somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental. Lisboa: Grafis. Associação para o Planeamento da Família.

Figueira, E. (1995). A imagem do portador de deficiência mental na sociedade e nos meios de comunicação. Integração. 6 (15), 31-33. Brasília.

Foddy, W. (1996). Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários. Oeiras: Celta.

Fonseca, V. (1983). Educação Especial - Programa de Estimulação Precoce. Lisboa: Editorial Notícias.

Foucault, M. (1976). Histoire de la Sexualité. Vol. 1. Paris: Gallimard.

Frada, J. (2000). Guia prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos. 2ª Ed. Lisboa: Cosmos.

Frade, A. et al. (1992). Educação Sexual na Escola. Lisboa: Texto Editora.

Freitas, M. F. D. (2002). Um Espaço na Diferença - Abordagem Psicossocial das Necessidades Educativas Especiais em Idade Precoce. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Porto: Universidade Aberta.

Gash, H.; Coffey, D. (1995). Influences on attitudes towards children with mental handicap. European Journal of Special Needs Education, 10, (I). London.1-16.

Gennep, Van Ad., et al. (1996). *Se Houvera Quem Me Ensinará...- A educação de pessoas com deficiência mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 15-47.

Giami, A. (1987). *Coping with the Sexuality of the Disabled: A comparison of the physically disabled and the mentally retarded*. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10 (1) 41-48.

Glat, R. (1989). *Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Coleção Educação Contemporânea.

Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 472-478.

Gomes, J. L. (1996). *A criança perante a sexualidade*. *Sonhar*, II (3), 349-351.

Gonçalves, M. J. (1981). *A criança e a família: algumas reflexões sobre organização afectiva e cognitiva*. *Psicologia*. II 2/3, 157-162. Lisboa.

Gordon, S. (1981). *Os Direitos Sexuais das Pessoas*. In Lipp, M. N. (Ed) *Sexo para Deficientes Mentais - Sexo e Excepcional dependente e não dependente*. Brasil: Coleção Educação Contemporânea.

Grossman, H. J. (1983). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington, D.C.: AAMD.

Hill, A. & Hill, M. (2000). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo, Lisboa.

Hogg, J.; Mittler, P. (Ed) (1987). *Staff Training in Mental Handicap*. Cambridge, Massachusetts: Brookline Books.

Huerta-Franco; R.; Léon, J. D.; Malacara, J. M. (1996). Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence*. 31 (121), 179-191. San Diego: Libra Publishers.

Johnson, P.; Davies, R. (1989). Sexual Attitudes of Members of Staff. *The British Journal of Mental Subnormality*. 68, 17-21

Jones, A.; Blundon, R.; Coles, E.; Evans, G.; Porterfield, J. (1987) . Evaluating the impact, supervisor feedback, self-monitoring and collaborative goal setting of staff and client behaviour. In J. Hogg, P. Mittler (Ed), *Staff Training in Mental Handicap*. Cambridge, Massachusetts: Brookline Books. 213-299.

Katz, G. (1970). *La vie sexuelle des arrières mentaux*. Bruxelles: Ligue Internationale des Sociétés pour les Personnes Handicapées Mentales.

Kempton, W. & Caparulo, F. (1983). Counselling parents and care staff on the sexual needs of mentally handicapped people. In: *Sex Education and Counselling for Mentally Handicapped People*, A. Craft & M. Craft. Kent: Costello, 78-93.

Lambert, J.-L. (1986). *Handicap Mental et société - un défi pour l'éducation*. Suisse: Editions Delval Lousset.

Lang, J-L. (1992). Note sur l'évolution des idées concernant la sexualité des handicapés mentaux. In : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 40 (2), 59-65.

Lee, J. (1980). *Sexuality and the Intellectually Handicapped Person*. In Laura, R. S., *Problems of Handicap*, Cap. 6.

Lipp, M. N. (1983). *Sexo para deficientes mentais: sexo excepcional dependente e não dependente*. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora.

López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y Aprendizaje*. (26). Madrid. 65-75.

López, F. e Fuertes, A. (1999). Para compreender a sexualidade. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Loureiro, M. A. S. (1995). Os Pais Face ao Desenvolvimento Psicosssexual do seu Filho Portador de Deficiência Mental. Cadernos de Consulta Psicológica. Edição: Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, 10/11. 105-113.

Loureiro, M. A. S. (1997). Agora que Já Não sou Criança: Programa de Educação Sexual para Jovens com Deficiência Mental Moderada. Lisboa: cadernos SNR nº 7, Secretariado Nacional de Reabilitação.

Luckasson, R., et al. (1992). Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Machado, A. (1988). A educação sexual na escola. Planeamento Familiar, 40, 2-4

Marcote, M. J. (1997). La sexualidad en las minusvalías, un derecho sin reconocer. AFIM, (39), 28-29. Madrid.

Martins, A. (1995) A Dimensão Afectivo-Sexual na Pessoa Deficiente - um modelo de intervenção. In : I. Félix & A.M. Marques, E Nós... Somos Diferentes. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 101-119.

Martins, M. M. (1993). A Sexualidade no Adolescente com Deficiência Mental. Lisboa: I.S.P.A.

McGuigan, F. (1986). Psicologia Experimental: Uma Abordagem Metodológica São Paulo: E. P. U.

Meyen, E.L. & Retish , P.M. (1971). Sex education for the mentally retarded: influencing teachers' attitudes. In: Mental Retardation,

9, 46-49.

Miguel, N. S.; Araújo, M. P.; Fiadeiro, M. A. (1996). *Sexualidade e Planeamento Familiar*. 4a ed. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Miguel, N.; Vilar, D. (1987). *Afectividade e Sexualidade no novo Contexto Social e Cultural*. Lisboa: IED.

Mitchell, L., Doctor, R.M. & Butler, D.C. (1978). Attitudes of care-takers toward the sexual behavior of mentally retarded persons. In: *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 189-296.

Mittler, P. (1987). Staff Development: Changing Needs and Service Contexts in Britain. In J. Hogg, P. Mittler (Ed), *Staff Training in Mental Handicap*. Cambridge, Massachusetts: Brookline Books. 31-65.

Morato, P.P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Morato, P.P. (1996). *Avaliação do comportamento adaptativo*. Lisboa: UTL/FMH.

Morato, P.P., et al (1997). A mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Integrar*, 9(5-14).

Morgenstern, M. (1979). El desarrollo psicosexual de los subnormales. In: *Sexualidad y Retraso Mental*, F.F. De la Cruz & G.D. La Veck. San Sebastian: SIIS.23-31.

Myriam, D. (1981). *A criança dos 0 aos 6 anos. Vida afectiva, problemas familiares*. Lisboa: Moraes Editores.

Nodim, N. (2001). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade no Final do Século XX*. Lisboa. Associação para o Planeamento da Família.

Organização das Nações Unidas. (ONU, 1983). *Programa*

Mundial de Acção Relativo às Pessoas Deficientes. Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização das Nações Unidas. (ONU, 1995). Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência. Cadernos SNR, 3, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Um Manual de Classificação das Consequências das Doenças. Livros SNR, 7, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.). Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Paixão, R. (1993). Atitude: uma revisão do conceito. *Psychologica*, 10, 105-118.

Palminha, J. M. et al. (1993). Os Filhos dos Toxicodependentes. Novo grupo de risco bio-psico-social. Porto: Laboratórios Bial, 174-175.

Pereira, A. P. (1997). Reflexão sobre sexualidade e deficiência. *Sonhar IV* (1) 93-97.

Pereira, F. (1996). As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias. Livros SNR nº 8. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pereira, M. et al. (2000). Conheço uma árvore de folhas azuis. Oliveira de Frades: Associação de Solidariedade Social de Lafões, 189-204.

Perron, R. (1976). Atitudes e ideias face à deficiência mental. In *Debilidades Mentais*, tomo I, cap. 1. Lisboa: Colecção Educação e Reabilitação. 51-88.

Pimentel, J. Z. S. (1997) Um Bebé Diferente - Da Individualidade da Interação à Especificidade da Intervenção. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pires, A. (2001). Crianças (e Pais) em Risco. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1992) Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

Ramos, N. (1987) Para um Melhor Acolhimento da Criança Deficiente. Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXI, 333-354.

Ramos, N. (1989). Intervenção Educativa Precoce no Atraso Mental. Revista Psicologia e Educação, APPORT, Porto. 439-459.

Ramos, N. (1990). Educação Precoce e Práticas de Cuidados Infantis em Meio Urbano. Colóquio Viver n(a) Cidade, LNEC, Lisboa. 315-323.

Ramos, N. e Serrano, A. (1985). Abordagem da Problemática Sexual no Deficiente Mental. Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XIX, 151-163.

Ribeiro, J. L. P. Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde. Edições Climepsi.

Rosa, B. (1998). A Criança Deficiente na sua Família. Educação e Intervenção Familiar numa Perspectiva Psico-Socio-Cultural, Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Sampaio, Manuela A. (1987). Escola e Educação Sexual. Livraria Horizonte, Lisboa.

Sandre, F.; Raute, H. (1972). A criança diminuída mental - A educação afectiva e sexual. Lisboa: Publicações Europa-América.

Santos, M. (1994). A educação sexual está morta... viva a educação sexual. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 52 (2) 14-15. Lisboa: Afrontamento.

Soczka, L. (1980). A perspectiva ecológica em Psicologia. *Associação Portuguesa de Psicologia*, vol. I, nº 1, 11-36.

Soczka, L. (1987). O sexo e a evolução do comportamento. *Sexologia em Portugal*, Vol. I - A Sexologia Clínica. Texto Editora. 13-30.

Szymonsky, L. & Crocker, A. (1989). Mental Retardation. In Kaplan, H.I.; Shosddock Sadock A.J., Ed. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (5th ed.). Baltimore, Williams and Wilkin, 1989.

Triandis, H. C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. EUA: Wiley.

Vala, J.; Monteiro, B. (1996). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vaz, J. M. et al. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Verde, J. B. (1981). Sondage d'opinion sur la sexualité des Handicapés Mentaux. In *Handicap et Sexualité*. Masson. Paris. 157-163.

Vicente, H. (1995). Etiologia e caracterização das deficiências. *Aprender*, 24. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Vieira, M. C. (1995). Fontes de Stress e de Suporte em famílias com um elemento deficiente mental - Um estudo exploratório de uma amostra do concelho de Leiria. *Dissertação de Mestrado*, Universidade da Estremadura.

Vilar, D. G. (1987). Aprendizagem sexual e educação sexual. In F. Gomes; A. Albuquerque & J. Nunes (Eds). *Sexologia em Portugal: Sexualidade e Cultura*, 2º vol. Lisboa: Texto Editora. 165-180.

Vilar, D. G. (1999). *Falar Disso... Contributos para compreender a*

comunicação sobre sexualidade entre progenitores e adolescentes. Dissertação de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa.

Zazzo, Rene (1969). As Debilidades Mentais. Coleção Educação e Reabilitação, Lisboa.

Zigler, E., Balla, D., & Hodapp, R.M. (1984). On the definition and classification of mental retardation. American Journal of Mental Deficiency, 89, 215-230.

Zlomke, L.; Benjamim, V. (1983). Staff in Service: Measuring Effectiveness Through Client Behaviour Change. Education and Training of the Mentally Retarded. Aprender. 18 (2) 125-130.

Legislação e Outras Fontes

Carta da IPPF (International Planned Parenthood Federation) sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos (1996). Revista Sexualidade. Nº 9/10. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 32-37.

Censos 2001 - Análise da População com Deficiência. INE, 04/02/2002.

Decreto-Lei nº 286/89 de 29 de Agosto - Princípios gerais que coordenam a reestruturação curricular dos Ensinos Básicos e Secundário. Disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social.

Decreto-Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro - Medidas de promoção da Educação Sexual, da Saúde Reprodutiva e do Planeamento Familiar.

Lei nº 3/84 de 24 de Março - Lei da Educação Sexual e Planeamento Familiar.

Lei nº 46/86 de 14 de Outubro - Lei de Bases do Sistema Educativo.

Lei nº 120/99 de 11 de Agosto - Medidas de promoção da Educação Sexual, da Saúde Reprodutiva e do Planeamento Familiar.

ANEXOS

ANEXO I

**QUESTIONÁRIO:
"ATITUDES DOS PAIS FACE À AFECTIVIDADE
E SEXUALIDADE DA JOVEM COM
DEFICIÊNCIA MENTAL"**

QUESTIONÁRIO

ATITUDES DOS PAIS FACE À AFECTIVIDADE E SEXUALIDADE DA JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Este questionário destina-se a uma investigação no âmbito do mestrado em Sociopsicologia da Saúde no Instituto Superior Miguel Torga. Os questionários são anónimos, garantindo-se a sua total confidencialidade. A sua colaboração é fundamental, pelo que agradecemos antecipadamente o seu contributo para melhor entendimento desta temática.

MÃE/PAI _____

IDADE: _____ ANOS

SEXO: M ~ F ~

NATURALIDADE: _____

RESIDÊNCIA: _____

LOCALIDADE: _____ Rural ~ Urbana ~

CONCELHO: _____

ESTADO CIVIL

Solteiro	~	Separado/Divorciado	~
Casado	~	Viúvo	~
União de Facto	~		

Nº TOTAL DE FILHOS: _____

Nº DE FILHOS COM DEFICIÊNCIA: _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

Sem Escolaridade	~	Ensino Básico	~
Ensino Secundário	~	Ensino Superior	~

PROFISSÃO: _____

FILHA: _____

IDADE: _____ ANOS

SEXO: M ~ F ~

GRAU DE DEFICIÊNCIA:

Ligeira	~	Moderada	~
Severa	~	Profunda	~

Para responder a este questionário deverá colocar um círculo à volta da resposta que considere adequada. Deverá seleccionar apenas uma resposta.

- 1 - Discordo totalmente
 - 2 - Discordo
 - 3 - Não concordo, nem discordo
 - 4 - Concordo
 - 5 - Concordo totalmente
-

1 - Necessito de encontrar formas de debater as questões da sexualidade com a minha filha.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

2 - Reconheço e aceito a sexualidade como uma das dimensões importantes da vida de todo o ser humano.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

3 - Conheço as diferentes funções que pode ter a sexualidade.

1	2	3	4	5

a) Afecto

1	2	3	4	5

b) Comunicação

1	2	3	4	5

c) Prazer

1	2	3	4	5

d) Reprodução

Comente a sua resposta:

4 - Preocupa-me falar sobre a sexualidade da minha filha.

1	2	3	4	5

Porquê?

5 - Preciso de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre os diferentes aspectos da sexualidade.

1	2	3	4	5

Porquê?

6 - Preciso de adquirir ou melhorar informação que tenho sobre a sexualidade das jovens com deficiência mental.

1	2	3	4	5

Porquê?

7 - Considero a minha filha mais infantil do que as jovens da sua idade, sob o ponto de vista das relações afectivas e sexuais.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta

8 - A minha filha não tem capacidade para estabelecer uma relação afectiva estável.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

9 - A minha filha não tem capacidade para estabelecer uma relação sexual estável.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

10 - Preocupa-me o facto da minha filha não ser capaz de controlar os seus impulsos sexuais.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

11 - O facto destas jovens manifestarem interesse pelas questões relacionadas com a sexualidade pode torná-las mais facilmente vítimas de abusos sexuais.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

12 - As jovens com deficiência são mais frequentemente vítimas de abuso sexual do que as jovens sem deficiência.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

13 - Considero importante que as jovens com deficiência mental tenham informação no âmbito da Educação Sexual.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

14 - Se a minha filha manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

15 - Se a minha filha manifestasse desejo, aprovaria a sua relação com alguém do mesmo sexo.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

16 - A minha filha tem capacidade para distinguir as boas e más intenções dos outros.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

17 - A minha filha tem capacidade para, em caso de necessidade, agir em auto defesa.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

18 - A minha filha é capaz de tomar decisões sobre a sua própria vida.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

19 - A minha filha é capaz de responsabilizar-se pelos seus próprios actos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

20 - Aceitaria a ideia minha filha poder vir a casar.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

21 - Aceitaria a ideia da minha filha poder vir a ter filhos.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

22 - Reconheço que a minha filha tem competência para cuidar de uma criança.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

23 - Ao nível da sexualidade, a minha filha está mais sujeita à pressão social e à opinião dos outros, pelo facto de ter deficiência mental.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

24 - Considero que a sociedade em geral tem ideias preconceituosas sobre a sexualidade das jovens com deficiência mental.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

25 - A que nível de deficiência mental (ligeira, moderada, severa, profunda) se reportou ao responder a este questionário?

1	2	3	4	5

Porquê?

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO II

QUESTIONÁRIO:

**"ATITUDES DOS TÉCNICOS FACE À AFECTIVIDADE
E SEXUALIDADE DA JOVEM COM
DEFICIÊNCIA MENTAL"**

QUESTIONÁRIO

ATITUDES DOS TÉCNICOS FACE À AFECTIVIDADE E SEXUALIDADE DA JOVEM COM DEFICIÊNCIA MENTAL

Este questionário destina-se a uma investigação no âmbito do mestrado em Sociopsicologia da Saúde no Instituto Superior Miguel Torga. Os questionários são anónimos, garantindo-se a sua total confidencialidade.

A sua colaboração é fundamental, pelo que agradecemos antecipadamente o seu contributo para melhor entendimento desta temática.

IDADE: _____ ANOS

SEXO: M ~ F ~

NATURALIDADE: _____

RESIDÊNCIA: _____

LOCALIDADE: _____ Rural ~ Urbana ~

CONCELHO: _____

ESTADO CIVIL

Solteiro ~ Separado/Divorciado ~

Casado ~ Viúvo ~

União de Facto ~

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: _____

PROFISSÃO: _____

INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA: _____

LOCAL DA INSTITUIÇÃO: _____

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA INSTITUIÇÃO _____ ANOS

**HÁ QUANTO TEMPO EXERCE ACTIVIDADE PROFISSIONAL
COM JOVENS COM DEFICIÊNCIA** _____ ANOS

Para responder a este questionário deverá colocar um círculo à volta da resposta que considere adequada. Deverá seleccionar apenas uma resposta.

- 1 - Discordo totalmente
 - 2 - Discordo
 - 3 - Não concordo, nem discordo
 - 4 - Concordo
 - 5 - Concordo totalmente
-

1 - É difícil falar sobre o tema da afectividade e sexualidade de pessoas com deficiência mental.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

2 - Reconheço e aceito a sexualidade como uma das dimensões importantes da vida de todo o ser humano.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

3 - Conheço as diferentes funções que pode ter a sexualidade.

1	2	3	4	5

a) Afecto

1	2	3	4	5

b) Comunicação

1	2	3	4	5

c) Prazer

1	2	3	4	5

d) Reprodução

Comente a sua resposta:

4 - Preocupa-me falar sobre a sexualidade da jovem com deficiência mental.

1	2	3	4	5

Porquê?

5 - Preciso de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre os diferentes aspectos da sexualidade.

1	2	3	4	5

Porquê?

6 - Preciso de adquirir ou melhorar informação que tenho sobre a sexualidade das jovens com deficiência mental.

1	2	3	4	5

Porquê?

7 - As jovens com deficiência mental são mais infantis do que as jovens da sua idade, sob o ponto de vista das relações afectivas e sexuais.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta

8 - As jovens com deficiência mental não têm capacidade para estabelecer uma relação afectiva estável.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

9 - As jovens com deficiência mental não têm capacidade para estabelecer uma relação sexual estável.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

10 - As jovens com deficiência mental não são capazes de controlar os seus impulsos sexuais.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

11 - O facto destas jovens manifestarem interesse pelas questões relacionadas com a sexualidade pode torná-las mais facilmente vítimas de abusos sexuais.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

12 - As jovens com deficiência são mais frequentemente vítimas de abuso sexual do que as jovens sem deficiência.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

13 - Considero importante que as jovens com deficiência mental tenham informação no âmbito da Educação Sexual.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

14 - Se a jovem com deficiência mental manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

15 - Se a jovem com deficiência mental manifestasse desejo, aprovaria a sua relação com alguém do mesmo sexo.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

16 - A jovem com deficiência mental tem capacidade para distinguir as boas e más intenções dos outros.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

17 - A jovem com deficiência mental tem capacidade para, em caso de necessidade, agir em auto defesa.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

18 - Estas jovens são capazes de tomar decisões sobre a sua própria vida.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

19 - As jovens com deficiência mental são capazes de responsabilizar-se pelos seus próprios actos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

20 - Aceitaria a ideia da jovem com deficiência mental poder vir a casar-se.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

21 - Aceitaria a ideia da jovem com deficiência mental poder vir a ter filhos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

22 - Reconheço que a jovem com deficiência mental tem competência para cuidar de uma criança.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

23 - Ao nível da sexualidade, estas jovens estão mais sujeitas à pressão social e à opinião dos outros, pelo facto de terem deficiência mental.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comente a sua resposta:

24 - Considero que a sociedade em geral tem ideias preconceituosas sobre a sexualidade das jovens com deficiência mental.

1	2	3	4	5

Comente a sua resposta:

25 - A que nível de deficiência mental (ligeira, moderada, severa, profunda) se reportou ao responder a este questionário?

1	2	3	4	5

Porquê?

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO III

NOTAÇÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS (GRAFFAR ADAPTADO)

NOTAÇÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS (Graffar adaptado)

CRITÉRIOS GRÁUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	FONTE PRINCIPAL RENDIMENTO	TIPO HABITAÇÃO	LOCAL RESIDÊNCIA	CLASSE SOCIAL
1	<ul style="list-style-type: none"> • Profissões liberais • Professores universit. • Directores empresas/ Fábricas/Bancos • Executivos • Oficiais F. Armadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitária completa ou equivalente 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortuna adquirida ou herdada 	<ul style="list-style-type: none"> • Casa ou apartamento de luxo 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairro residencial elegante • Zonas onde o valor da casa/terreno é elevado 	I ALTA
2	<ul style="list-style-type: none"> • Administradores empresas públicas/Privadas • Funcionários cargos elevada responsabilidade • Comerciantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Secundária completa e técnica superior • Universitária incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> • Baseada em honorários (profissionais/liberais/comerciantes), acrescida • Ordenado mensal 	<ul style="list-style-type: none"> • Casa ou apartamento espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairro residencial casas conservadas • Avenidas amplas • Arborizado • Zona moderado valor 	II MÉDIA ALTA
3	<ul style="list-style-type: none"> • Pequenos industriais/comerciantes • Encarregados • Operários qualificados • Funcionários públicos/administrativos • Secretárias 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso complementar ensino secundário • Secundária ou equivalente incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> • Vencimento certo • Salário mensal 	<ul style="list-style-type: none"> • Casa ou apartamento bom estado conservação • Com saneamento básico, cozinha e casa-banho • Electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairro construção antiga • Zona antiga • Menos valorizado, confortável que em 2. 	III MÉDIA
4	<ul style="list-style-type: none"> • Operários semi-qualificados • Empregados comércio 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária completa 	<ul style="list-style-type: none"> • Salário: quinzenal Semanal Diário 	<ul style="list-style-type: none"> • Habitação sem um ou mais elementos: Água/saneamento básico/luz • Mau estado conservação • Escassa ventilação • Condições exíguas • Dimensão família 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairro operário populoso • Baixo valor p/ proximidade de: fábricas/portos/águas contaminadas/barracas 	IV MÉDIA BAIXA
5	<ul style="list-style-type: none"> • Mão-de-obra não qualificada • Serventes obras • Pessoal limpezas • Trabalhadores rurais 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária incompleta • Não sabe ler/escrever 	<ul style="list-style-type: none"> • Irregular • Origem/ajuda pública ou privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Barraca • Sem: água/saneamento básico/luz • Sem ventilação • Condições impróprias • Dimensão família 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairro lata • Zona insalubre suburbana • Zona rural de escasso valor 	V BAIXA

NOTAÇÃO SOCIAL DE GRAFFAR (Notas explicativas)

- 1 – A família é classificada em cada um dos cinco critérios (profissão; instrução; fonte principal de rendimento; tipo de habitação; local de residência).
- 2 – Obtém-se assim uma série de cinco números, cuja soma identifica a posição social e económica da família.
- 3 – A classificação pela escala de Graffar constitui 5 níveis sociais determinados pela soma de valores atribuídos a cada um dos critérios parciais;
- 4 – A classificação é feita de acordo com:
 - ocupação de maior nível desempenhada pelo pai ou pela mãe ou outro adulto que desempenhe as funções de chefe de família;
 - o nível máximo de instrução alcançado pelo pai, pela mãe ou pelo tutor que convive com a criança e que é o chefe de família, será o que serve de critério de classificação; se o pai ou a mãe têm diferente nível de instrução, adaptar-se-á para a classificação, aquele que tiver o nível mais elevado;
 - deve atender-se e apontar-se a fonte de rendimento maior, quer seja do pai, da mãe ou do adulto que constitui o chefe de família.
- 5 – Poderá haver necessidade de se adaptar a classificação, quando numa determinada família é difícil de se avaliar um dos critérios. Nesses casos, a classificação será feita do mesmo modo, mencionando o critério que não foi avaliado, atendendo a que o resultado das somas será de:

CLASSE I = de 4 a 7
CLASSE II = de 8 a 10
CLASSE III = de 11 a 13
CLASSE IV = de 14 a 16
CLASSE V = de 17 a 20

